

ANAIIS PAULISTAS DE

MEDICINA E CIRURGIA

VOLUME LXXIX

Nº 1

Janeiro de 1960

Neste número :

Conteúdo	Pág.
<i>Comunicação preliminar do Hgado — Prof. CARMO LOREY e Dr. EURIKO BRANCO RIBEIRO</i>	39
<i>A esquizofrenia de KLEIN — Dr. EURIKO BRANCO RIBEIRO</i>	51
<i>A respeito de um caso de granuloma maligno de Hodgkin — Prof. CARMO LOREY e Dr. EURIKO BRANCO RIBEIRO</i>	59
<i>Revista Médica de São Paulo:</i>	
Associação Paulista de Medicina	6
Hospital de Medicina São Lucas	17
<i>Revista Médica de São Paulo:</i>	
Sumário dos últimos números	10
<i>Revista Médica de São Paulo:</i>	
Fórum Clíico de Medicina Tropical	20
Comitê Regional de Medicina do Estado de São Paulo	22
Linha crítica e interpretação	24
<i>Congressos e Cursos Médicos:</i>	
Instituto de Aperfeiçoamento Médico da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro	26
VI Congresso Latinoamericano de Cancerologia	28
<i>Análises de Análises:</i>	
Notas complementares — Uma revisão de HORCHET do Brasil	30
Módulo Mental	34
<i>Revista Médica:</i>	
Resumos e Vídeos recebidos	40
<i>Revista de São Paulo São Lucas:</i>	
Clínica de São Lucas — Dr. EURIKO BRANCO RIBEIRO	53
Clínica de Clínica Médica de São Lucas — Prof. CARMO LOREY	105
Clínica de Clínica Cirúrgica — Dr. EURIKO BRANCO RIBEIRO	108
Clínica de Medicina	111

Redação:



SANATÓRIO SÃO LUCAS

Editor: Dr. EURIKO BRANCO RIBEIRO

Rua Hospitalar, 20 — Caixa Postal 1.574 — São Paulo, Brasil

MEPRO

Formula:

Meprobrato	0,400	g.
Vitamina B ₁	0,010	g.
Reserpina	0,0001	g.
Excipiente q. s.	0,500	g.

INDICAÇÕES

- Como relaxante muscular
- Agente tranquilizador
- Estados ansiosos e tensionais
- Alcoolismo
- Medicação sedativa.

MODO DE USAR:

2 a 4 comprimidos ao dia, ou como determinar o médico

(Venda sob prescrição médica)

Licenc. pelo S. N. F. M. sob N.º 841/57

FARM. M. P. LANSBOM

GLUCOSSARA

Formula:

Vitamina C	0,500	g.
Vitamina B ₁	0,100	g.
Vitamina B ₂	0,050	g.
Glicocela	0,050	g.
Sol. glicocela a 30% q. s. p.	10,00	cm ³

INDICAÇÕES

- Medicação tônica
- Estados tóxicos ou tóxico infecciosos
- Hipovitaminoses
- Desnutrição
- Convalescença
- Afecções hepáticas

MODO DE USAR:

1 a 2 ampólas diariamente por via endovenosa,
ou segundo a indicação médica.

(Venda sob receita médica)

Licenc. pelo S. N. F. M. sob N.º 883/41

FARM. M. P. LANSBOM

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 164 — São Paulo, Brasil

Para todas as dores
espasmódicas



BARALGIN[®]

Novalgina + cloridrato do p-piperidinoacetato- α -carbomestol-
benzofenona + brometo de difenil-piperidino etil-acetato.

Isento de alcalóides

Ação eficaz

Boa tolerância

Cólicas hepáticas e renais

Tenismos vesicais

Espasmos gástricos e intestinais

Dismenorréia espasmódica

Comprimidos

Ampolas



FARBWERKE HOECHST AG

vertrieb: Messias Lucius & Brünings FRANKFURT (M) - HOECHST

(Alemanha)

Representantes

HOECHST DO BRASIL Química e Farmacêutica S.A. - Rio de Janeiro: C.P. 1529

® Marca registrada



Agora, também com B 12

em ampolas e drágeas

Esgotamentos físicos e psíquicos; stress de origem infecciosa, traumática, cirúrgica, ou por excesso de trabalho; psicose depressiva; hipoevolução psíquica e deficiências da personalidade; anemias perniciosas e perniciosiformes, secundárias às intervenções no aparelho gastrointestinal, à gravidez, à pelagra e ao espru.

AMPÓLAS de 2 cm³: de 1 a 3 ao dia, por via intramuscular ou endovenosa.

DRÁGEAS: de 1 a 4 ao dia.



PRAVAZ-RECORDATI,
LABORATÓRIOS S. A.



Rua Michigan, 629 — São Paulo

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Fone. 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

★

Assinat. por 1 ano Cr\$ 500,00 — Estrang. US\$ 7,50 — Número avulso Cr\$ 50,00

(Nos trabalhos publicados é respeitada a redação dos autores)

VOL. LXXIX

JANEIRO DE 1960

N.º 1

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO

Sessão de 30 de março de 1959

Presidente: Dr. *Aloysio de Camargo*

Ausentismo por doença. Dr. J. A. Junqueira. — O autor procedeu a um estudo estatístico das ausências por doença nos funcionários de uma indústria de transporte e distribuição de produtos de petróleo, no período de 1953 e 1958.

O estudo em referência abrangeu uma média de aproximadamente 1.200 funcionários, que foram subdivididos em três grupos: 1) funcionários de escritórios, 27%; 2) operários, 31%; 3) grupo misto (operários de escritório, 42%). Os dois primeiros estão submetidos a um programa médico-preventivo intensivo, o terceiro é constituído por 26 núcleos de pequenos grupamentos de funcionários distribuídos pelos Estados do Sul do País, condições estas que dificultam o exercício das práticas médicas preventivas.

Neste estudo, durante o período de 6 anos, foram determinados os seguintes índices de ausentismo por doença: 1) frequência — número de casos de ausência por 1.000 empregados por ano; 2) incapacidade —

número médio de dias perdidos por anos pelos empregados; 3) gravidade — número médio de dias perdidos por caso de ausência; 4) não efetivo — número médio de funcionários ausentes por dia por 1.000.

Este trabalho levou o autor às seguintes considerações: 1) O estudo do ausentismo por motivos médicos, a análise de suas causas, o seu controle com o objetivo de reduzi-lo a justas proporções, é uma função fundamental da medicina industrial. No entanto, a responsabilidade deste assunto deve ser dividida igualmente entre o Serviço Médico e a Administração. 2) O levantamento estatístico constitui o elemento primário destes estudos e deve ser feito de acordo com métodos padronizados, a fim de tornar possível o estudo comparativo das estatísticas. Quatro coeficientes ou índices básicos devem ser determinados: frequência, incapacidade, gravidade e não efetivo. 3) Embora a importância sócio-econômica do ausentismo seja óbvia, o interesse no seu estudo em nosso meio, com raras

exceções, é mínimo. 4) O desconhecimento da importância econômica do ausentismo ao trabalho pelas entidades diretamente interessadas no seu controle parece ser a causa desta displicência. No entanto, quando analisamos o assunto em relação aos Institutos de Pensões e Aposentadoria, esta displicência torna-se chocante, pois pode ser considerada esta entidade como uma das causas mais sérias do ausentismo supérfluo e prejudicial. Existe um completo menosprezo pelo valor do tempo de seus associados, a produtividade do País e seus próprios interesses econômicos. 5) Com relação ao ausentismo nos casos de acidente do trabalho, o monopólio autárquico dos mesmos e a própria legislação sobre acidentes constituem causas do ausentismo supérfluo. 6) A ausência do trabalho alegada como causa por doença, especialmente a de curta duração, não pode ser considerada como tendo por motivo exclusivo a doença. Fatores relacionados com a própria personalidade do indivíduo, aspectos de remuneração, relações climatológicas interferem de maneira ponderável em sua determinação. 7) A tendência individual ao ausentismo por causas mínimas, revela-se de maneira nítida nos três primeiros anos de emprego. 8) A execução de um programa médico preventivo pode ser responsável, dentro de certos limites, pelo aumento do índice de frequência. Por outro lado, determina de maneira evidente a queda do índice de gravidade. 9) O Serviço Médico-Industrial deve usar, no controle do ausentismo, métodos médicos e nunca fiscais ou policiais. Estes últimos, além de determinarem o antagonismo entre o médico e o empregado, levam a muitas conclusões falsas, determinam por vezes revoltantes injustiças, desprestigiam a personalidade dos indivíduos e não constituem função do médico na indústria.

O trabalho foi feito com o objetivo de apresentar estatística, sem preocupação em mostrar resultados. As considerações finais apresentadas, em certos aspectos estão baseadas nos

dados estatísticos apresentados, em outros representam o resultado da impressão pessoal do autor, fundamentada no exercício da medicina industrial em nosso meio há 14 anos na base do tempo integral.

Não foram realizadas pesquisas bibliográficas em nosso meio sobre trabalhos semelhantes. A bibliografia estrangeira é tão numerosa que a referência aos trabalhos fundamentais sobre o assunto foi feita em uma publicação da Associação Médica Americana (Selected Bibliography on Non-Occupation Sickness Absenteeism Among Industrial Workers, 1955). O autor julga que o assunto é tão vasto e oferece tal multiplicidade de aspectos que só poderia ser tratado em uma série de palestras. Sob o ponto de vista prático julga que, em nosso meio, toda a atenção deveria convergir inicialmente no sentido de abolir o ausentismo alegado como por doença mas cujas origens são outras.

Aponta como elementos a serem considerados no combate ao ausentismo desnecessário e na displicência com que o assunto é considerado, os seguintes: a burocratização dos Institutos no atendimento e concessão de auxílio-enfermidade, sem se aquilatar as consequências desta atitude, o desconhecimento, displicência ou ausência do controle nestas instituições, da importância econômica do assunto; o primarismo de nossa Organização Industrial, que, por desconhecer ou porque não enfrenta em nosso meio uma real competição industrial, não se valeu dos auxílios que a medicina industrial pode oferecer na redução de custos e aumentos de produtividade; os aspectos da nossa legislação, feita em gabinetes por técnicos inexperientes; a tendência dos Serviços Médicos das Indústrias a se preocuparem cada vez mais com o tratamento de doentes e dedicarem pouca ou quase nenhuma atenção aos problemas médicos industriais, que se traduzem pela higiene industrial e práticas médicas preventivas, que tenham como objetivo a manutenção e promoção da saúde dos empregados.



sedativo - hipnótico, isento de
barbitúricos e de efeitos secundários;
não determina hábito

PARA EFEITO SEDATIVO:

SEDALIS

TUBO COM 20 COMPR. DE 25 MG.

PARA EFEITO HIPNÓTICO:

SEDALIS 100

TUBO COM 10 COMPR. DE 100 MG.



**INSTITUTO PINHEIROS,
PRODUTOS TERAPÊUTICOS, S. A.**
SÃO PAULO

FABRICADO MEDIANTE ACÓRDO COM A
CHEMIE GRÜNENTHAL GMBH, STOLBERG
IM RHEINLAND - ALEMANHA.



DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA

Sessão em 5 de março de 1959

Presidente: Dr. Dante Giorgi

Semelhança entre as alterações do líquido cefalorraqueano na encefalite psicótica aguda azotêmica e em outras entidades clínicas. Dr. João Baptista dos Reis. — O autor estudou as modificações do líquido cefalorraqueano nas encefalites psicóticas agudas azotêmicas (Toulouse, Marchand e Courtois) e verificou existir um conjunto de alterações que caracterizam uma verdadeira síndrome de líquor. Esta síndrome consiste no aumento paralelo das taxas de cloreto, glicose e uréia e, eventualmente, do cálcio, e a presença de granulócitos sem aumento do número global das células. Em diversas outras circunstâncias clínicas em que há um sofrimento cerebral grave estas alterações do líquor também foram observadas, indicando que esta síndrome surge como consequência de uma sideração dos centros nervosos. Nos casos de encefalose azotêmica, entretanto, quando a retenção de escórias azotadas atua como elemento tóxico desencadeante das perturbações psíquicas, verificou-se no líquor, de preferência, a elevação da taxa de uréia, estando a de cloretos diminuída ou normal.

Compreensão segmentar do plexo venoso extra-raquidiano; valor para o diagnóstico de localização das afecções bloqueantes do canal raquidiano (Nota prévia). Dr. Oswaldo Ricciardi Cruz. — O sistema venoso da raque é constituído por veias intra e extra-raquidianas muito anastomosadas entre si, formando verdadeiro plexo venoso cuja disposição é, esquematicamente, segmentar. Ao nível de cada vértebra forma-se um anel venoso no interior e no exterior do canal vertebral; de cada lado do anel interno parte uma veia intervertebral (veia

de conjugação) que se põe em comunicação com o anel externo. Existem anastomoses longitudinais entre dois anéis vizinhos, delineando amplo plexo longitudinal que desce verticalmente do buraco occipital até o cóccix, transformando os anéis primários em vias anastomóticas transversais para o plexo venoso longitudinal. As veias intra-raquidianas — em número de 4 e denominadas veias longitudinais anteriores e posteriores — formam, pela amplitude de suas anastomoses, um plexo venoso que mantém comunicação com o sistema extra-raquidiano mediante a veia intervertebral. As veias intervertebrais — 4 para cada buraco de conjugação — mantêm intimamente ligados os plexos venosos intra e extra-raquidianos. As veias extra-raquidianas, por sua vez, constituem amplo plexo venoso que recobre as apófises transversas das vértebras.

Com base nesses dados anatómicos podemos admitir que a compressão localizada do plexo venoso extra-raquidiano, determina, nesse nível, aumento da pressão venosa, que se propaga através de suas anastomoses, principalmente pelas veias intervertebrais, para o plexo intra-raquidiano. Por sua vez, as variações da pressão venosa intra-raquidiana, transmitidas ao líquido cefalorraquidiano, podem ser medidas por meio de um manômetro conectado a uma agulha de punção introduzida no fundo de saco dural da região lombar. A manobra foi realizada em 5 pacientes sem bloqueio do canal raquidiano, não sendo obtida resposta. De 5 casos com bloqueio do canal raquidiano, o nível inferior do bloqueio foi confirmado em 4.

PHILERGON — Fortifica de fato

UMA COLHERADA ÀS REFEIÇÕES

TRICOMONICIDA POR VIA ORAL

CYTOSTEON

(DRAGEAS)

AMINOTROZOL

(Para o tratamento da tricomoniase feminina e masculina)

POSOLOGIA:

1 drágea, 3 vezes ao
dia, durante 10 dias.



Instituto farmacêutico de produtos científicos Xavier
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LDA.

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Sessão em 30 de março de 1959

Presidente: Dr. Marino Lazzareschi

Condroma para-articular. Dr. João de Vincenzo. — O condroma para-articular é relativamente raro. Somente agora procurou-se dar-lhe uma nomenclatura mais apropriada. É mais freqüente no joelho e, segundo Jaffe, também nas pequenas articulações, parecendo haver concordância geral quanto à maior freqüência no joelho esquerdo. Foi chamado de osteoma capsular, nome mais conhecido na literatura; recentemente, Jaffe deu-lhe o nome de condroma para-articular ou intracapsular por tratar-se de uma metaplasia do tecido conjuntivo capsular ou do tecido fibroso capsular, ou ainda, do tecido

conjuntivo da vizinhança da cápsula e não, como admitiam Kienböck e Kautz, um tumor de origem sinovial que sofria hiperplasia mesenquimal pela ação de fatores traumáticos. No caso do autor, o tumor localizava-se no joelho esquerdo de paciente de sexo feminino, com 44 anos de idade; evolução de 5 anos, sem sintomatologia; sua retirada foi simples e completa, com enucleação fácil, mostrando nenhuma aderência ou fusão com os tecidos vizinhos e, o que é mais importante, completamente extra-articular, pois situava-se no espaço medial do corpo gorduroso, entre a cápsula e a membrana sinovial.

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Sessão em 17 de março de 1959

Presidente: Dr. Nelson Álvares Cruz

Nervo auditivo e kanamicina. Dr. Josué Toledo Godoy. — O autor fez uma revisão das ações farmacológicas, química e bactericida da kanamicina, além de seus efeitos tóxicos, particularmente com relação ao VIII par. Em seguida, apresentou 2 casos de pacientes medicados com o antibiótico, que apresentaram surdez na vigência do tratamento. Concluiu pela necessidade da realização de testes audiométricos freqüentes, quando venha a ser usada a droga, particularmente nos casos em que o tratamento seja prolongado, as doses sejam elevadas e na vigência de lesão renal.

Retalhos frontais versus retalhos nasogenianos na substituição do estofa nasal. Dr. Roberto Farina, Décio Mion, Ricardo Baroudi, Benjamim Golman e Osvaldo de Castro. — Os autores estudam a etiologia e a fisiopatogenia do colapso da ponta do nariz e o problema da reparação do estofa nasal. Fazem estudo com-

parativo dos dois métodos empregados: o dos retalhos frontais e o dos retalhos nasogenianos. Em sua opinião, ambos têm vantagens e desvantagens. Contra-indicam os transplantes livres de pele para substituir o forro nasal bem como o método de Gillies (transplante livre de pele ancorado em prótese maxilonasal).

Tratamento da blastomiose pela sulfametoxipiridazina. Dr. Lamartine de Paiva, Décio Mion e Celeste Fava Neto. — Os autores apresentam os primeiros ensaios terapêuticos com a sulfa de ação lenta, sulfametoxipiridazina, no tratamento da blastomiose sul-americana. Com a dose de 1 g ao dia (um comprimido de 0,5 g cada 12 horas) obtiveram resultados animadores.

O tratamento da leishmaniose tegumentar com a anfotericina B (Nota prévia). Dr. Carlos da Silva Lacaz, Lamartine de Paiva, Sebastião A. P.

Sampaio, Josué Toledo de Godoy e Décio Mion. — Os autores trataram, com anfotericina B, 3 casos de leishmaniose tegumentar, com lesões nasobucofaringolaringeas. Todos eles responderam bem ao referido tratamento, processando-se cura clínica do processo em dois, o terceiro caso encontrando-se ainda em tratamento. Dois pacientes totalizaram, respectivamente, 1,025 mg da droga, não se observando efeitos colaterais apreciáveis, a não ser reação febril, perfeitamente tolerável. Os autores salientam que o tratamento da leishmaniose tegumentar pela anfotericina B foi iniciado em Belo Horizonte (MG), pelo Dr. Tancredo Alves Furtado.

In vitro, no Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina (Serviço do Prof. Antônio Dácio Franco do Amaral), o Dr. Luís Hildebrando Pereira da Silva verificou, sobre *Leishmania brasiliensis* e *Leishmania donovani*, que concentrações até de 0,05 mg/ml promovem imobilização total de ambos os flagelados, em 10 minutos de contacto, processando-se lise após 2 horas.

Podemos concluir, face aos casos ensaiados, que a anfotericina B representa mais uma arma terapêutica na leishmaniose tegumentar. Somente com maior número de casos poderemos estabelecer o seu valor terapêutico real, em relação às outras drogas comumente empregadas para o combate a esta protozoose. Além disso, o tempo relativamente curto após o tratamento, não permitiu a eventual verificação de recidiva. Desejávamos ressaltar que esta medicação teria grande valor na vigência de casos de leishmaniose associada à blastomicose, desde que a anfotericina B representa, sem dúvida alguma, arma terapêutica de grande valor na blastomicose sul-americana.

Tratamento das estenoses cicatriciais da boca, faringe e esôfago por injeções locais de corticosteróides (Nota prévia). Dr. Plínio de Mattos Barretto. — O autor apresenta suas primeiras impressões a respeito de novo método de tratamento para as estenoses cicatriciais da boca, faringe e esôfago, pelas injeções locais de

corticosteróides. Sua atenção para este assunto foi despertada pelo Dr. Ernesto de Mello Kujawski, em vista do emprêgo de injeções locais de hidrocortisona, para o tratamento das estenoses cicatriciais da uretra. A esse colega deve o autor as primeiras indicações bibliográficas e a obtenção de uma bolsa dos Laboratórios Lepetit, para suas pesquisas.

Em outubro 1958 foram feitos os primeiros ensaios, seguindo a técnica preconizada por Bonner e colaboradores (de Boston), que aplicaram, com bons resultados, injeções de hidrocortisona em estenoses do meato e da uretra.

Foi construído um esofagoscópio especial, munido de agulha, que muito facilita as injeções, e escolhemos, para iniciar nossas investigações, casos com estenoses que se mostravam muito rebeldes ao tratamento dilatador. Nosso esofagoscópio é do tipo Chevalier Jackson, de luz total e tem um tubo lateral para a passagem da agulha, a qual também possui dispositivos especiais, para regular a porção que se projeta fora do esofagoscópio e para penetrar nas zonas cicatriciais. Esta aparelhagem permitiu resolver uma das maiores dificuldades, que consistia nas injeções dos hormônios em cicatrizes por vezes extremamente resistentes e situadas longe do alcance de nossas mãos. A ponta da agulha é de calibre 22, mas a maneira pela qual ela fica apoiada no esofagoscópio impede que ela se curve ou dobre, quando forçada a penetrar na zona cicatricial.

O método já foi experimentado em 15 pacientes. Notamos, já na segunda injeção, um amolecimento das zonas cicatriciais, permitindo dilatá-las com mais facilidade e nelas fazer as injeções seguintes com muito maior facilidade. Alguns pacientes, depois da segunda ou terceira injeção, referiram diminuição acentuada da disfagia.

No momento está sendo feita a seleção dos casos para o tratamento por este novo método, que parece muito promissor, iniciando-se também nossas investigações em animais de laboratório, com os quais se pretende, com mais facilidade e segu-

rança, controlar os resultados dos diferentes preparados e, assim, padronizar a técnica dentro do tempo mais breve possível.

Já foram feitos alguns ensaios em queimaduras recentes e tratados alguns casos de estenoses que se desenvolveram ao nível das anastomoses do esôfago com o cólon, em casos de esofagoplastias.

Trabalhos experimentais estão sendo programados para verificar a pos-

sibilidade de se empregar profilaticamente os corticosteróides em injeções locais, não só nas estenoses de origem cáustica, mas também nas que costumam aparecer após a cirurgia plástica do tubo digestivo.

Os trabalhos estão sendo realizados com a colaboração dos demais componentes do Serviço de Endoscopia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, e serão comunicados oportunamente.

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

Sessão em 16 de março de 1959

Presidente: Dr. José Lopes de Faria

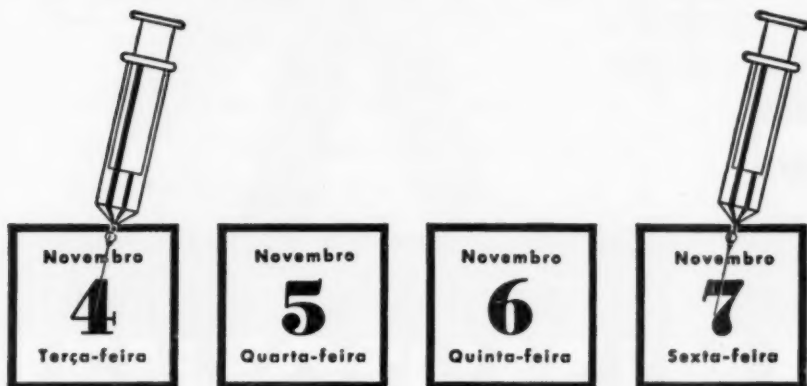
O controle dos testes de tolerância pela cromatologia circular. O estudo de uma sobrecarga. Dr. J. V. Martins Campos, Yolanda Tavares, Wolfgang Rothstein e J. Fernandes Pontes. — Procurou-se aplicar num teste oral de sobrecarga protética a observação das variações das taxas de aminácidos pelo controle cromatográfico simultâneo do soro sanguíneo e da urina. Ao lado da cromatografia circular e comparativa, fizeram-se dosagens químicas do nitrogênio amínico em ambos os materiais. Verificou-se que este método apresenta vantagens no controle do tempo, da quantidade da sobrecarga e da velocidade de absorção. O controle da excreção urinária dos aminoácidos, refletindo nítidas variações horárias, apresentou vantagens sobre o controle do teste feito no soro sanguíneo, e pode ser empregado isoladamente. No conjunto, o controle do teste funcionou como uma aferição dos mecanismos de digestão, absorção e excreção. A influência da sobrecarga de um aminoácido puro no metabolismo e turn-over de outras substâncias é discutida.

Discutem-se as possibilidades de aplicação da cromatografia circular para o controle de testes de função de órgão e para o estudo do metabolismo especial de certos aminoácidos, em particular com elementos marcados.

Curvas glicêmicas, fosfatêmicas e calcêmicas na prova de tolerância à

insulina. Dr. Raphael Giannella. — O autor, depois de analisar o mecanismo de ação da insulina, refere-se à técnica da prova de tolerância à insulina utilizada e estudada sua interpretação normal e patológica. Na acromegalia, o estudo da prova de tolerância à insulina conjuntamente com a prova de sobrecarga glicídica, acompanhadas das curvas de fósforo inorgânico, permite a diferenciação de tipos diferentes de diabetes: hipofisário ou extrapancreático, meta-hipofisário ou pancreático e um tipo misto, hipofisário e pancreático. Hims-worth estudou a prova de tolerância à insulina injetando 3 u. e colhendo amostras aos 2, 4 e 6 minutos; concluiu sobre a presença ou não de fatores antiinsulínicos para melhor orientação terapêutica.

O autor estudou 10 provas de tolerância insulínica acompanhadas de curvas fosfatêmicas e calcêmicas em 3 diabéticos e em 7 pacientes não diabéticos. Nos diabéticos, as curvas glicêmicas mostraram quedas menores que o normal e ausência de recuperação dos valores finais; os valores fosfatêmicos sofreram, na maioria dos casos, variações que se fizeram no mesmo sentido que as variações glicêmicas e em sentido contrário às variações calcêmicas. Nos pacientes não diabéticos, a queda hipoglicêmica se fez ao redor de 50% do valor inicial e a recuperação foi observada após 120 a 180 minutos; as variações



BENZETACIL K 400

→	penicilina	G-potássica	100.000 U.
→	penicilina	G-benzatina	300.000 U

sem procaina
cômodo

ativo
econômico



**CONCENTRAÇÕES EFICIENTES A PARTIR DE
15 MINUTOS ATÉ 3 DIAS!!!**



Indústrias Farmacêuticas

Fontoura-Wyeth S.A.

"Pioneira do Progresso em Antibióticos no Brasil"

No Brasil: INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS FONTOURA-WYETH S.A. - SÃO PAULO
Nos Estados Unidos: WYETH LABORATORIES INC. - PHILADELPHIA

fosfatêmicas se fizeram no mesmo sentido que as glicêmicas e em sentido contrário às variações calcêmicas.

Em 5 das 10 provas as curvas foram

completadas após injeção de adrenalina, que mostrou nitidamente, na maioria dos casos, seus efeitos hiperglicêmicos e hiperfosfatêmicos.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão em 31 de março de 1959

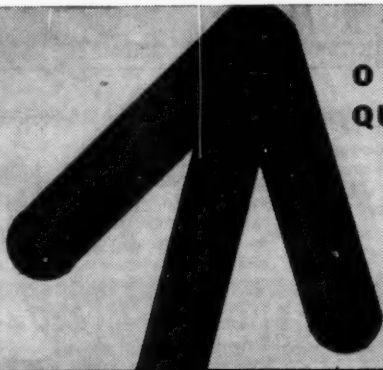
Presidente: Dr. Joaquim da Costa Marques

Peritonite mecônica. Drs. A. A. Amorim, A. Luisi e D. Delascio. — Os autores apresentam estudo anátomo-clínico, referente a duas observações, verificadas na Casa Maternal e da Infância Leonor Mendes de Barros, da LBA. Trata-se o primeiro caso de achado de autópsia, em criança de 40 dias de idade, e o segundo, de um recém-nascido que, ainda intra-útero, evidenciava lesões radiológicas sugestivas do processo, fato confirmado pelo exame do material da intervenção cirúrgica e pela necropsia.

A peritonite mecônica é condição específica do feto e do recém-nascido, pois é determinada essencialmente pela atividade reacional do peritônio, provocada pelo escape de material mecânico. Para o diagnóstico definitivo é essencial o achado de elementos presentes no mecônio, associados à inflamação granulomatosa de corpo estranho. A presença de células gigantes e células escamosas fetais constitui aspecto patognomônico. Tais alterações se associam a pronunciada infiltração calcárea, de tipo difuso ou nodular, que, ao exame radiológico, constitui indício valioso para o diagnóstico, principalmente quando se associa ao pneumoperitônio.

Sobre o emprêgo do iodeto de ditiazanina como anti-helmíntico. Dr. A. Dácio F. do Amaral. — O autor assinala, em primeiro lugar, o interesse que vêm despertando as cianinas como anti-helmínticos. Das cianinas, a mais importante atualmente é a 3,3'-dietiltiadicarbocianina ou ditiazanina, que vem sendo empregada no combate a verminoses humanas e de animais domésticos. Expõe, em seguida, o assunto, dividindo-o em três partes: a) apreciação da ação da ditiazanina sobre cada uma das prin-

cipais espécies de vermes que parasitam o homem; b) efeitos colaterais da ditiazanina; c) posologia da ditiazanina. Apresenta resultados até agora obtidos com o anti-helmíntico em aprêco. *Strongyloides stercoralis* — É o verme sobre o qual a cianina em aprêco tem revelado melhor ação, as taxas de cura indo de 80% a 100%. *Enterobius vermicularis* — Tem, por outro lado, sido erradicado em 100% dos casos convenientemente tratados. *Trichuris trichiura* — Se bem que menos influenciado pela ditiazanina, as percentagens de erradicação não são desprezíveis, variando de 78 a 87%, em casos convenientemente medicados. Por outro lado, a substância em estudo tem sido heróica no tratamento de tricurias graves, caracterizadas por diarreia, disenteria, prolapso retal e grandes cargas de vermes. *Ascaris lumbricoides* — O medicamento, ainda que atue sobre este nematóide, é inferior aos ascaricidas já conhecidos (hexilresorcinol e derivados da piperazina). *Ancilostomídeos* — Nenhum dos autores que têm aplicado a ditiazanina na ancilostomose obteve resultados compensadores. O autor obteve apenas cerca de 5% de cura em portadores desse verme. *Schistosoma mansoni* — A ditiazanina não tem ação sobre este trematóide: 10 casos de esquistossomose mansônica em pacientes adultos, convenientemente tratados, continuaram todos positivos após a terapêutica. *Hymenolepis nana* — As percentagens de erradicação deste verme pela ditiazanina são baixas, estando em torno de 40%. *Taenia sp.* — Um único trabalho refere bons resultados da droga em questão no tratamento da teníase: é de Wagner e col. (Am. J. Trop. Med., 7:600, 1958). O autor e seus colaboradores não têm obtido resul-



O NOVO SULFAMÍDICO
QUE SE ADMINISTRA
EM DOSES DE
ANTIBIÓTICO



LENTOSULFINA


SULFAMETOXIPIRIDAZINA

DE ANGELI

de ação prolongada

baixa dosagem

INSTITUTO DE ANGELI DO BRASIL



tados favoráveis contra as solitárias. Se bem que as fezes permaneçam negativas por muito tempo, os vermes não são eliminados, reaparecendo seus anéis ou ovos nas fezes após às vezes períodos negativos de cerca de 40 dias. Quanto aos efeitos colaterais da ditiazanina, são representados por náuseas, vômitos, cólicas abdominais e diarreias. Na experiência do autor e colaboradores, a intensidade dessas manifestações foi bastante variável. Estiveram elas presentes na maioria dos pacientes, especialmente no início do tratamento. Em 4 casos, houve acentuada intolerância, obrigando a suspender o tratamento. Com a finalidade de atenuar tais manifestações, alguns doentes receberam previamente à ingestão das drágeas uma dose de clorpromazina (gótas). De modo geral pôde ser observado certo efeito benéfico dessa medida. Em relação à posologia da ditiazanina, o autor advoga o emprêgo de 6 g como dose total para tratamento de adultos; se possível, tal dose deve ser dada em 10 dias, 200 mg t.i.d.; não havendo boa tolerância, a dosagem pode ser reduzida para 100 mg b.i.d. ou t.i.d., devendo, em tais casos, ser prolongado o período de administração. Para crianças, o tratamento deve ser também de dez dias, em doses diárias fracionadas de acordo com o peso: 10 a 15 kg, 200 mg; 25 a 30 kg, 250

mg; acima de 30 kg, a dosagem pode ser a de adulto.

Sobrevida nas operações de atresia congênita do esôfago. Dr. V. A. Carvalho Pinto. — O autor inicia sua exposição referindo-se à importância do problema da atresia do esôfago, afecção relativamente freqüente e de extrema gravidade, cuja sobrevida constitui verdadeiro teste de elevado padrão assistencial. Refere-se ao primeiro caso de sobrevida de Haight (1941) e mostra a evolução na experiência do autor, que em 1951 apresentou 18 casos com 0% de sobrevida; em 1953, 30 casos com um primeiro caso de cura; em 1957, em mais 11 casos obteve 5 casos de sobrevida e agora, com apenas mais 13 casos, obteve 7 com sobrevida. Salientou, assim, como, melhorando o padrão assistencial, foi possível obter resultados muito melhores. Faz referências aos dados de diagnóstico, mostrando a necessidade de maior divulgação deste problema. Mostra as vantagens da exploração radiológica do recém nascido e salienta a importância do preparo pré-operatório mínimo e indispensável. Refere a segurança da anestesia adequada e a necessária observação rigorosa de um ato cirúrgico seguro e atraumático. Termina frisando que estes resultados só podem ser obtidos com o trabalho de equipe de especialistas.

DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA E MOLÉSTIAS PULMONARES

Sessão em 23 de março de 1959

Presidente: Dr. Decio de Queiroz Telles

Considerações sobre achados abreu-gráficos em candidatos ao exame de admissão ao ginásio. Drs. A. C. de Moraes Passos e Lygia Silveira. — Foram estudados 819 candidatos ao exame de admissão ao ginásio, abreu-grafados no período de novembro a dezembro de 1958 no Dispensário de Tuberculose da Escola Paulista de Medicina (Serviço do Prof. Décio de Queiroz Telles).

A análise desses casos demonstra que, em 819 candidatos, apenas 1

apresentava um complexo primário, o qual, entretanto, estava totalmente calcificado. Os dois portadores de pneumopatias tinham conhecimento prévio das mesmas. Nessas condições, do ponto de vista profilático e de luta antituberculosa, esse Serviço foi totalmente improdutivo.

Em 1.222 menores de 10 a 14 anos, abreu-grafados no Dispensário da Escola Paulista de Medicina no período de janeiro de 1958 a fevereiro de 1959 (considerados no adendo que fa-

AMPÔLAS prontas para injeção imediata

ACECOLINE

4 DOSAGENS : 0,02 g. 0,05 g. 0,10 g. 0,20 g.

ACECOLINE PAPAVERINA

2 DOSAGENS

Cloreto de Acetilcolina ... 0,10 g.

Cloreto de Acetilcolina 0,20 g.

Fenilglicolato de Papaverina 0,05 g.

Fenilglicolato de Papaverina 0,05 g.

- **HIPERTENSÃO** •
- **ANGIOESPASMOS CEREBRAIS** •
- **ESPASMOS VASCULARES NAS**
TROMBOSES E EMBOLIAS •
- **ARTERITES** •

HYPOTAN



HYPOTAN PAPAVERINA

DRÁGEAS

Fabricado no Brasil com licença especial dos Lab. Lematte e Bolnot, Paris, França
pelos LABORATORIOS ENILA S. A. - Rua Riachuelo, 242 - C. P. 484 - Rio

FILIAIS: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO RUA GUARANI, 135 - BELO HORIZONTE
AV. INDEPENDÊNCIA, 514 - PORTO ALEGRE

AGENCIAS E DEPOSITOS EM TODOS OS ESTADOS

zemos a este trabalho) apenas 1 caso de tuberculose primária ativa foi registrado e encontrado pela abreugrafia dirigida (exame de comunicantes de um foco controlado pela Unidade).

O acúmulo de escolares nesses meses nas Unidades abreugráficas — determinado pela compulsoriedade do exame, pelo número elevado de candidatos, pela exiguidade do tempo reservado ao preparo de seus papéis necessários à matrícula — provoca profundos distúrbios nos serviços do Dispensário, a começar pelo controle abreugráfico dos comunicantes, que sofre considerável diminuição. Dêsse modo, não é abreugrafado convenientemente o grupo comunicante (que é aquele onde existem casos de tuberculose) para ser abreugrafado em seu lugar um grupo onde não existe tuberculose, não existe foco e que geralmente já foi abreugrafado mais de 2 ou 3 vezes em média.

Do ponto de vista médico e considerando os últimos trabalhos sobre radiações e sobretudo os efeitos cumulativos das doses de radiações que se

somam sempre (de radiações que lesam sempre) vemos que esse trabalho, além de inútil, é lesivo à saúde dos próprios menores.

Serviços há, como o da Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo que, desde 1952, aboliu o exame abreugráfico de rotina na idade em apêço mas que se vê obrigado a executá-lo quando exigido por outras entidades (médicos dos Centros de Saúde, Parques Infantis, etc.).

Parece-nos, pois, que já é tempo das autoridades médicas responsáveis por essa situação mudarem totalmente de orientação, abolindo pura e simplesmente a obrigatoriedade da abreugrafia para o fornecimento de atestado de saúde para matrícula nos colégios. Concomitantemente, dever-se-á intensificar as medidas de ordem profiláctica, dentre as quais a vacinação BCG, de um lado e, de outro, o controle dos focos pelos meios conhecidos, sendo os exames abreugráficos dirigidos com prioridade para os comunicantes e comunidades mais expostas.

Sessão em 25 de março de 1959

Presidente: Dr. Roberto Rocha Brito

Fístula vésico-intestinal por divertículo do sigmóide. Dr. Darcy Villela Itiberê. — O autor apresenta um caso bastante raro de fístula vésico-intestinal por diverticulite supurativa do sigmóide, com abertura na bexiga. O sintoma do doente era somente o de irritação da bexiga (cistite) não referindo o paciente os dois sintomas patognomônicos da afecção, que são: pneumatúria e fecalúria. A fístula foi descoberta após clister opaco, que revelou o trajeto fistuloso entre o retossigmóide e a bexiga. Urografia e cistografia normal. O doente foi operado por laparotomia infra-umbilical com separação do sigmóide, da bexiga. Ressecção de pequena porção da parede vesical e sutura em 3 planos. Ressecção do sigmóide com sutura término-terminal para restabelecimento do trânsito; transversostomia

de garantia; 30 dias depois, novo clister opaco para verificação do trânsito, estando normal, foi fechada a transversostomia. Foi deixada sonda de demora na bexiga pela uretra por 15 dias no pós-operatório imediato. A parte cirúrgica intestinal foi executada sob a orientação do especialista Dr. Saulo Moura Costa.

Fistulas intestinais em cirurgia renal. Dr. Gilberto Menezes de Góes. — O autor analisa a bibliografia; considera somente os casos de fistulas decorrentes de cirurgia renal ou perirrenal, deixando de lado os casos de fistulas intestinais espontâneas provenientes de processos renais.

Apresenta 3 casos, sendo 2 de fístula do hemicílon direito pós-nefrectomia direita. Foram apresentados os exames pré-operatórios, operações

realizadas, documentação das fístulas decorrentes da cirurgia e a evolução pós-operatória tardia dos pacientes.

Pielografia transrenal. Dr. Roberto Rocha Brito. — O autor denomina pielografia transrenal a injeção de contraste feita na cavidade piélica por punção lombar direita. Passa em revista a bibliografia sobre o assunto,

apresentando vários casos ilustrativos. Conclui que o processo não pretende suplantar os outros métodos de investigação urológica, mas é um complemento valioso para diagnóstico e orientação terapêutica, com indicação nos casos de implantação uretral, onde não houve eliminação de contraste pelo rim, não sendo possível o cateterismo uretral.

Sociedade Médica São Lucas

Sessão de 13 de outubro de 1959

Presidente: Dr. Adalberto Leite Ferraz

Diagnóstico e Diagnóstico diferencial na oclusão intestinal. — O Dr. Waldemar Machado se estendeu sobre o estudo da sintomatologia e citou quatro sintomas principais: dor e suas características e localização; evolução e crises; vômitos e suas características, como também a sua frequência, vômitos que podem faltar; parada na emissão de fezes e gases; (sintoma importante a parada na emissão de gases.).

A idade foi também estudada pelo orador. O tratamento anterior foi relembrado.

Discorreu aprofundadamente sobre o exame propedêutico, citando algumas dificuldades do mesmo, para a feitura de um diagnóstico perfeito, e focalizando com minúcias os diversos métodos semiológicos. Deteve-se na discordância do pulso e temperatura e nos exames complementares, ressaltando o exame radiológico, mesmo sem preparo do paciente.

Dividiu o síndrome em formas super-aguda, aguda, e crônica, frisando-lhe os caracteres.

Indicação cirúrgica.

Prosseguindo com a palavra o Dr. Paulo Bressan falou sobre o diagnóstico diferencial, citando de início a questão do sexo, da idade, e ressaltou a evolução e a necessidade de tratamento cirúrgico. Recordou os quatro fatores citados anteriormente: vômitos, distensão, parada na emissão de fezes e gases, e a dor, cujos caracteres foram bem estudados e diferenciados de outras síndromes dolorosas.

Tratamento médico e cirúrgico na oclusão intestinal. — O Dr. Moacyr Boscardin tratou da parte relativa ao tratamento médico e cirúrgico, ressaltando, os diversos métodos de tratamento: cirurgia imediata, cirurgia após tratamento prévio, e tratamento não cirúrgico ou conservador.

ESTUDOS CIRÚRGICOS

6 volumes

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo. — Vols. XXIV, XXV e XXVI, 1955, 1956 e 1957.

Boletim de Higiene Mental. — Ano XVI, n.º 170, setembro de 1959, — 20.º Aniversário da "Instituição de Assistência social ao Psicopata" — Dr. Paulo Fraletti.

Boletim de Oncologia. — Vol. 38, n.º 1, Julho de 1959 — O ensino da cancerologia — Prof. Antônio Prudente; Biopsia da cadeia ganglionar mamária interna contralateral em 20 casos de carcinoma operável da mama com metástases na cadeia homolateral — Dr. Alfredo Abrão; 184.ª Reunião anatomo-clínica — Carcinoma espino-celular do terço médio do esôfago com metástases gástricas, operado.

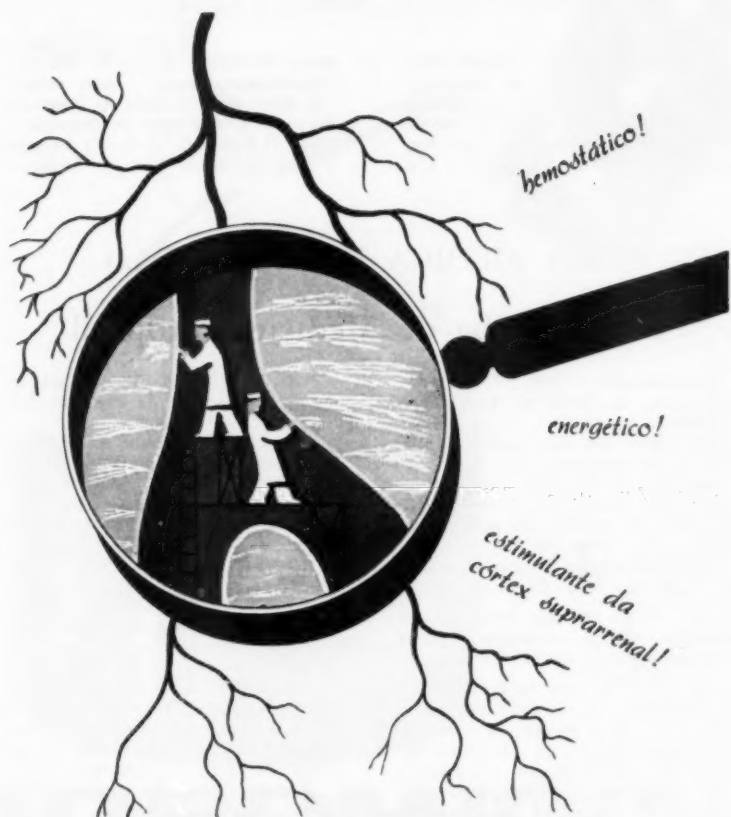
Pediatria Prática. — Vol. XXX, Junho de 1959. — Tratamento do diabetes melitus na infância com dieta livre — Dr. Jorge Medeiros; O problema da desidratação na criança — Dr. Carlos Buller Souto; Osteogenese imperfeita congênita — Drs. Osiris Domingues, Felisberto Rodrigues e Wertz de Carvalho; Tumores cervicais na infância — Dr. Roberto Vilhena de Moraes.

Resenha Clínico-Científica. — Ano XXVIII, nos 8-9, Agosto-Setembro de 1959 — Atualidades sobre tratamento analéptico (Editorial); Contrôlo humoral da eritropoese — Dr. James W. Linman; Avaliação do metabolismo básico por método empírico (Fórmula de Read modificada por Nohara) — Drs. José Carlos Carpilovsky e Antonio Pompeu Pandolfi; Sarcoma de Hodgkin (Apresentação de um caso com lesões ósseas) — Drs. Caio Villela Nunes, M. Barreto Netto e J. A. Villela Pedras; Antibióticos em gastroenterologia — Dr. Moacyr Padua Villela.

Revista da Associação Médica Brasileira. — Vol. 5, n.º 4, agosto de 1959 — Serotonina, Enteramina ou 5-Hidroxitriptamina — Drs. J. R. do Valle e Zuleika P. Picarelli; Noções de Vetocardiografia — Drs. J. Fehér e M. Chansky; Contribuição para o Estudo da Tricomoniase vaginal — Drs. M. P. Barretto, P. V. Oliveira, O. Z. Filho, W. Marques, J. Mendonça, J. Guimarães e E. Vila; Inquérito sobre a flora vaginal e o P. H. em mulheres sexualmente ativas e clinicamente normais — Drs. M. P. Barretto, P. V. Oliveira, H. Z. Filho, W. Marques, J. Mendonça e J. Saquis; Intussuscepção do apêndice vermicular — Drs. W. Jucá e G. Gondin; Cicatrizes deprimidas. Tratamento pela "Plastica em Z" — Drs. O. Lodovico e V. Spina; Leiomioma do pulmão — Drs. W. M. Rodrigues, J. de Mello, R. M. de Arruda, A. M. C. de Almeida e E. J. Zerbini; O valor da prova do lugol no diagnóstico diferencial das hemorragias digestivas altas — Drs. H. W. Pinotti e A. Raia; Doença de Paget da mama masculina — Drs. J. B. S. Neto e H. Torloni.

Revista Brasileira de Radiologia. — Vol. 2, n.º 2, Abril a Junho de 1959 — Colangiografia excretora — Dr. J. B. Pulcherio Filho; Contribuição ao estudo do padrão normal do colecistograma e da prova de Boyden — Drs. W. Kenzler, José A. Pinotti e Henrique W. Pinotti; Valor propedêutico da ortografia translombar em urologia — Dr. Afiz Sadi; Radiografia ampliada em reumatologia — Dr. José Vitor Rosa.

Revista Paulista de Hospitais. — Vol. VII, n.º 7, Julho de 1959 — Hospitais e saúde pública — Dr. Clovis V. Francesconi; O Amparo à Velhice na Grã-Bretanha — Dra. Sheila O'Callaghan; Artéria artificiais — Dr. William A. R. Thonson; Corpo Clí-



PERMIPLAS

Substituto do plasma sanguíneo
Normalizador da permeabilidade capilar

Mono-semicarbazona do adrenocromo (MSA) em solução isotônica de sais minerais, com pH=7

**Choques hemorrágico e não hemorrágico (traumático, tóxico,
cirúrgico e decorrente de queimaduras).**

Prevenção e tratamento de hemorragias operatórias.

Frasco com 500 ml

LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS VICENTE AMATO-USAFARMA S/A. — S. PAULO

nico do Hospital — Dr. Hilton Neves Tavares; O problema da anatomia, radiologia e laboratório nas pequenas comunidades — Dr. Horácio Martins Ribeiro; Ajustamento do pessoal hospitalar — Dr. Pedro Jaimovich; Cle-

mente Ferreira — Dutra de Oliveira; Enfermagem; pessoal e suas categorias funcionais — Glete de Almeida; Fluxo de alimentação no hospital — Clara O. Lang; O serviço de limpeza — Enf. Maria de Jesus do Valle.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Prêmio Ciba de Medicina Tropical

Regulamento. — Art. 1.º — O prêmio Ciba, de Medicina Tropical, é oferecido anualmente, a partir de 1959, e por cinco anos sucessivos, pela "Produtos Químicos Ciba S. A.", ao "Instituto de Medicina Tropical de São Paulo", para que este o conceda ao Autor ou Autores do melhor trabalho sobre temas de medicina tropical, uma vez que o mesmo satisfaça as exigências deste Regulamento.

Art. 2.º — Poderão concorrer ao referido prêmio trabalhos escritos unicamente por médicos brasileiros.

Art. 3.º — O valor do prêmio é de Cr\$ 50.000,00 (cinquenta mil cruzeiros), devendo o mesmo ser entregue em sessão solene do "Instituto de Medicina Tropical de S. Paulo", acompanhado de um diploma assinado pelos membros do Conselho Administrativo do Instituto.

Art. 4.º — Os membros da comissão julgadora serão os professores das Clínicas de Doenças Tropicais e Infecciosas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, da Faculdade do Rio de Janeiro e da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte.

Art. 5.º — Até o dia 15 de janeiro, os trabalhos que concorrem ao prêmio deverão ser aceitos na sede do Instituto de S. Paulo (Caixa Postal, 2921 — São Paulo).

Art. 6.º — A Comissão Julgadora terá o prazo de 2 meses para emitir seu parecer sobre a concessão do prêmio.

Art. 7.º — Cada membro da Comissão Julgadora dará individualmente o seu parecer, em duas vias.

Art. 8.º — Não caberá qualquer recurso ao parecer da Comissão Julgadora.

Art. 9.º — O Diretor do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo será árbitro supremo para decidir as dúvidas surgidas na interpretação deste Regulamento ou resolver qualquer dificuldade em sua execução.

Art. 10.º — Os trabalhos concorrentes ao prêmio poderão ser individuais ou em colaboração, mas deverão ser inéditos, escritos em língua nacional e dactilografados em espaço duplo.

Parágrafo 1.º — Cada trabalho deverá ser assinado sob pseudônimo e acompanhado de sobrecarta fechada, contendo o nome do Autor ou Autores e o título do trabalho.

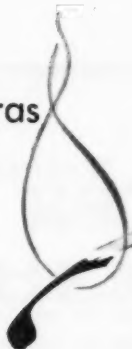
Parágrafo 2.º — No ato de entrega de cada trabalho, ao seu portador será fornecido um recibo.

Parágrafo 3.º — De posse dos pareceres da Comissão Julgadora, a Direção do "Instituto de Medicina Tropical de São Paulo" abrirá exclusivamente a sobrecarta com o pseudônimo do vencedor ou dos vencedores.

Art. 11.º — A prioridade para a publicação do trabalho caberá pelo prazo de 6 meses, à "Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo".

Art. 12.º — O "Instituto de Medicina Tropical de São Paulo" e "Produtos Químicos Ciba S. A." darão, com a devida antecedência, ampla divulgação a todos os centros médicos do país, da concessão desse prêmio, destinado a incentivar em nosso meio, as investigações clínicas e experimentais sobre os temas da patologia tropical.

queimaduras



incisões



feridas



ACROMICINA

Pomada Tópica



Preferida pela sua eficiência

no tratamento das infecções piogênicas superficiais da pele e como preventivo contra a infecção de feridas, queimaduras, incisões cirúrgicas, etc.

Contém 30 mg de cloridrato de tetraciclina cristalina; 3% para cada grama de petrolato de lanolina.

Divisão LEDERLE
Cyanamid Química do Brasil S. A.

Rio de Janeiro: Av. Rio Branco, 131 - 21.º andar - São Paulo: Rua Lavapés, 326

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Propaganda anti-ética. — “O Conselho Regional de Medicina está preocupado com a propaganda anti-ética realizada por alguns médicos através da imprensa, rádio e televisão. Com a aprovação oficial do Código de Ética, fácil será contornar a situação criada pelos médicos, pois contra este proceder a lei forneceu os recursos necessários.

Há, porém, outros setores que fogem à alçada do Conselho e que poderiam ser corrigidos através de franco e cordial entendimento entre o Conselho e os diretores de jornais leigos.

Queremos nos referir, particularmente, a duas ocorrências freqüentes a saber:

1) entrevistas que nem sempre são realizadas com o propósito de esclarecimento do público leigo, mas que visam particularmente a chamar a atenção para o nome do profissional entrevistado. Tais entrevistas se apresentam particularmente danosas quando o profissional procura salientar qualidades especiais de processos terapêuticos que usa, não deixando bem claro que são indicações do conhecimento geral de todos os médicos. Assim, o público leigo que a lê, passa a admitir que a indicação terapêutica é especial ou da autoria do entrevistado. As entrevistas, assim, se constituem em propaganda pouco lícita do profissional. Outras vezes, a entrevista, embora educativa, procura esclarecer condições que fogem ao entendimento comum, deixando nas entrelinhas a suposição de que as informações referidas decorrem de estudos especiais do entrevistado,

quando na realidade são conhecimentos que integram a sabedoria da maioria dos médicos;

2) a segunda ocorrência que gostaríamos de comentar se refere às notícias médicas publicadas em seções especiais que, por indicarem pesquisas em andamento e ainda não confirmadas, trazem dúvidas ao público leigo sobre a natureza de alguns processos mórbidos ainda mal esclarecidos. A leitura de tais notícias leva o público a crer nos fatos referidos como verdade, o que traz preocupações para os doentes ou para os familiares dos que vierem a falecer, já que possível admitirem que se o médico fôsse conhecedor do assunto, mais uma vida teria sido salva.

Outras vezes a notícia se refere a pesquisas realizadas em centros de estudos mal conhecidos, nem sempre credenciados e que mereceram a atenção e a confiança apenas de quem redigiu a notícia, trazendo dificuldades aos médicos honestos no atendimento de seus doentes.

Se bem analisarmos, estas notícias não apresentam, em sua maioria, vantagens apreciáveis para o público leigo e não são úteis aos médicos que têm, em suas revistas especializadas, notícias mais claras e mais precisas.

É evidente que o Conselho considera muito úteis as notícias da imprensa leiga, quando o assunto se refere à prevenção, já que em tais casos assumem caráter educativo que beneficia a todos, sem criar errôneas interpretações. Particularmente não causam apreensões, agindo como mensagem de fé e de esperança.

“A Cirurgia no Sanatório São Lucas”

2 VOLUMES

Preço Cr\$ 700,00

O maior espectro anti-bacteriano !

ESTREPTO QUEMICETINA

CARLO ERBA



A única associação hidrossolúvel a base de cloranfenicol succinato e estreptomicina, administrável **por via parenteral**, garantindo a ação contemporânea dos dois antibióticos:

ação bacteriostática do cloranfenicol

+ ação bactericida da estreptomicina

principalmente nas:

- Coqueluche
- Bruceloses
- Infecções das vias respiratórias, especialmente crônicas (inclusive as formas específicas complicadas por infecções bacterianas secundárias)
- Infecções das vias urinárias, especialmente crônicas.

Frasco-ampôla contendo cloranfenicol succinato equivalente a 1 g de levógiro, estreptomicina e dihidro-estreptomicina sulfato, equivalente a 0,250 g de estreptomicina e 0,250 g de dihidro-estreptomicina base.

Frasco-ampôla contendo cloranfenicol succinato equivalente a 0,250 g de levógiro, estreptomicina e dihidro-estreptomicina sulfato, equivalentes a 0,0625 g de estreptomicina e 0,0625 g de dihidro-estreptomicina base.



Carlo Erba do Brasil S.A.
Indústria Químico-Farmacêutica

Avenida Conselheiro Rodrigues Alves, 3465, Brooklin Paulista
Fone: 61-0998 — Caixa Postal, 21.006 — SÃO PAULO

Liga contra a tuberculose

A Liga Paulista contra a tuberculose instituiu o PRÊMIO "1.º CENTENÁRIO DE NASCIMENTO DE CLEMENTE FERREIRA", como parte das homenagens que promoveu para assinalar a passagem do Centenário de Nascimento de seu fundador, pioneiro da luta contra a tuberculose no Brasil, em 29 de setembro de 1957.

A regulamentação deste Prêmio foi feita em 17 de julho de 1959, por ocasião das Solenidades Comemorativas do transcurso do 60.º Aniversário de Fundação da Liga Paulista Contra a Tuberculose.

O Prêmio "1.º Centenário de nascimento de Clemente Ferreira", no valor de Cr\$ 50.000,00 (cinquenta mil cruzeiros) é destinado ao melhor trabalho sobre Profilaxia da Tuberculose e será distribuído, pela primeira vez, em 29 de setembro de 1960 e, daí por diante, de dois em dois anos.

Os trabalhos dos concorrentes ao Prêmio deverão ser entregues na Secretaria da Liga Paulista Contra a Tuberculose, até o dia 30 de maio do ano em que tiver de ser distribuído o Prêmio.

Os trabalhos concorrentes serão julgados por uma Comissão de três membros, escolhidos pela Diretoria da Liga Paulista Contra a Tuberculose, composta de um Representante da Liga, uma Representante da Divisão do Serviço de Tuberculose, do Estado de São Paulo, e um Presidente de uma das Sociedades Científicas de Tuberculose de São Paulo ou um Professor de Tisiologia.

Qualquer pedido de informação, inclusive remessa do texto integral do Regulamento, deverá ser enviado para a Secretaria da Liga Paulista Contra a Tuberculose — Avenida Presidente Vargas, 2286 (Jabaquara) Caixa Postal 6634, São Paulo, Estado de São Paulo.

CONGRESSOS E CURSOS MÉDICOS

Instituto de Aperfeiçoamento Médico da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Curso de Especialização. — Serão ministrados no Instituto acima intitulado, durante o ano de 1960, os seguintes cursos de especialização:

GASTROENTEROLOGIA — *Geraldo Siffert*, Hospital São Marcos e Policlínica Geral do Rio de Janeiro, 4 de março a 4 de dezembro de 1960.

METABOLOGIA — *Costa Couto*, Santa Casa de Misericórdia, 19 de março a 30 de novembro de 1960.

CARDIOLOGIA — *Carvalho Azevedo*, Hospital Nossa Senhora das Vitó-

rias, 17 de março a 30 de novembro de 1960.

NEUROLOGIA — *Costa Rodrigues*, Instituto de Neurologia da Universidade do Brasil, 8 de março a 30 de novembro de 1960.

DERMATOLOGIA — *Jarbas Pôrto*, Hospital dos Servidores do Estado, 6 de abril a 1 de dezembro de 1960.

ENDOCRINOLOGIA — *Jayme Vignoli*, Hospital São Marcos, 3 de março a 24 de novembro de 1960.

*O primeiro antibiótico de
ação fungistática, eficaz por via oral*

SPOROSTATIN

(griseofulvina)



SPOROSTATIN é indicado no tratamento das micoses superficiais da pele, dos cabelos e das unhas.

SPOROSTATIN combate as tinhas da cabeça e da barba em 4 a 6 semanas; a tinha do corpo em 2 a 4 semanas; a tinha dos pés (pé-de-atleta) em 3 a 6 semanas; e a tinha das unhas (onicomicose) em 3 a 4 meses.

SPOROSTATIN apresenta-se em frascos contendo 20 comprimidos de 250 mg.



INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA

SCHERING S/A.

RIO DE JANEIRO

*São Paulo — Pôrto Alegre — Belo Horizonte — Juiz de Fora
Salvador — Recife — Fortaleza — Curitiba*

PEDIATRIA — *Rinaldo de Lamare*, Instituto de Clínica Infantil, setembro de 1960.

RADIOLOGIA CLÍNICA DO TÓRAX — *Edmundo Blundi*, Policlínica Geral do Rio de Janeiro, 6 a 24 de junho de 1960.

ENDOSCOPIA PERORAL (BRONCOESOFAGOLOGIA) — *Pinto de Castro*, Clínica de Endoscopia do IAPI:

- a) Curso de Especialização, 9 de março a 10 de dezembro de 1960.
- b) Cursos intensivos de um mês de duração.

ANATOMIA PATOLÓGICA — *Domingos De Paula*, Hospital-Escola S. Francisco, 1 de abril a 30 de novembro de 1960.

ORTOPEDIA — *Haroldo Rocha Portella*, Hospital São Zacarias, 17 de março a 6 de dezembro de 1960.

CIRURGIA PLÁSTICA — *Ivo Pitanguy*, Hospital Pedro Ernesto e Santa Casa de Misericórdia, 10 de março a 15 de dezembro de 1960.

CIRURGIA TORÁCICA — *Jesse Teixeira*, Santa Casa de Misericórdia e Hospital Sanatório Santa Maria, 18 de março a 25 de novembro de 1960.

PROTOLOGIA — *José Mário Caldas*, Policlínica Geral do Rio de Janeiro, 2 de março a 7 de dezembro de 1960.

OFTALMOLOGIA — *Paulo Filho*, julho a outubro de 1960.

NEUROCIRURGIA — *Renato Barbosa*, Instituto de Neurologia da Univer-

sidade do Brasil, 17 de março a 30 de novembro de 1960.

ANESTESIOLOGIA — *Mário Castro d'Almeida Filho*, Hospital dos Estrangeiros, H. Servidores do Estado, H. Servidor Prefeitura, Instituto de Neurologia, etc., 17 de março a 20 de novembro de 1960.

OBSTETRÍCIA — *Waldyr Tostes*, Hospital dos Servidores do Estado, curso intensivo, maio-junho de 1960.

GINECOLOGIA — *Eiras de Araújo*, Beneficência Portuguesa:

- a) Curso de Atualização sobre Câncer da Mama, 14 a 28 de março de 1960.
- b) Curso intensivo sobre Câncer do Colo do Útero, 22 de agosto a 26 de setembro de 1960.

RADIOTERAPIA — *Osolando Machado*, Serviço Nacional do Câncer:

- a) Curso de especialização, março a novembro de 1960.
- b) Curso intensivo de Radioterapia em Otorrinolaringologia, 7 a 11 de março de 1960.
- c) Curso intensivo de Radioterapia em Ginecologia, 21 a 26 de novembro de 1960.
- d) Curso de Revisão de Curietrapia, setembro de 1960.

Para informações escrever para a secretaria da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, à rua Marquês de São Vicente, 809, Rio de Janeiro — D.F. ou telefonar para 47-6030.

VI Congresso Interamericano de Cancerologia

Sua realização em agosto de 1960. — Sob os auspícios das Sociedades Interamericana e Brasileira de Cardiologia será realizado de 14 a 20 de agosto de 1960, no Rio de Janeiro, o VI Congresso Interamericano de Cancerologia, tendo sido designado

para Presidente da Comissão Organizadora o Prof. Magalhães Gomes.

Tôda a correspondência ou pedidos de informações devem ser dirigidos ao Secretário Geral, Dr. Alqueres, Caixa Postal, 1594, Rio de Janeiro.

RADIOVITAMINA

*Nas carências vitamínicas e minerais
Nos estados de desnutrição e convalescenças*

ELIXIR

*Cada colher de sopa, de capacidade
média de 15 cm³ contém:*

Cloridrato de tiamina (vitamina B1)	4,00 mg
Riboflavina (vitamina B2)	1,00 mg
Cloridrato de piridoxina (vitamina B6)	1,50 mg
Niacinamida	15,00 mg
Pantotenato de cálcio	1,50 mg
Ácido ascórbico (vitamina C)	150,00 mg
Vitamina A	600 u.U.S.P.
Vitamina D2	100 u.U.S.P.
Glicerofosfato de cálcio	110,00 mg
Glicerofosfato de sódio	80,00 mg
Glicerofosfato de magnésio	75,00 mg
Malte	2500,00 mg
Alcool a 90°	2,5 cm ³
Xarope	2,5 cm ³
Água aromatizada q.s.p. ..	15,0 cm ³

DRÁGEAS

*Cada drágea de peso médio de 0,5 g
contém:*

Cloridrato de tiamina (vitamina B1)	2,5 mg
Riboflavina (vitamina B2)	0,50 mg
Cloridrato de piridoxina (vitamina B6)	0,75 mg
Niacinamina	7,50 mg
Pantotenato de cálcio	0,75 mg
Ácido ascórbico (vitamina C)	75,00 mg
Vitamina A	300 u.U.S.P.
Vitamina D2	50 u.U.S.P.
Glicerofosfato de cálcio	55,00 mg
Glicerofosfato de sódio	40,00 mg
Glicerofosfato de magnésio	37,50 mg
Drageado q.s.p.	500,00 mg

+

APRESENTAÇÃO: Frascos de 250 cc e caixas com 30 drágeas.

COLICLASE

*Para o tratamento da disenteria bacilar,
nas colítes e enterocolítes*

SUSPENSÃO XAROPOSA

Cada 60 cm³ contém:

Sulfato de neomicina	0,30 g
Ftalilsulfatiazol	3,00 g
Bromometilato de homatropina	0,0015 g
Goma adraganta	0,20 g
Pectina	0,20 g
Carboximetilcelulose	1,20 g
Metilparabeno	0,15 g
Glicerina	5 cm ³
Água destilada	10 cm ³
Xarope simples q.s.p.	60 cm ³

COMPRIMIDOS

*Cada comprimido de 0,60 g
contém:*

Sulfato de neomicina	0,05 g
Ftalilsulfatiazol	0,50 g
Bromometilato de homatropina	0,00025 g
Excipiente q.s.p.	0,60 g

+

APRESENTAÇÃO: Em frascos de 60 cm³ e em embalagem com 20 comprimidos

+

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Notas terapêuticas

Uma novidade da Hoechst do Brasil

Representante em todo o território brasileiro, da FARBWERKE HOECHST AG. vormalis Meister Lucius & Bruening, Frankfurt (M) — Hoechst/Alemanha, um dos maiores centros de pesquisas químico-farmacêuticas do mundo, a HOECHST DO BRASIL — Química e Farmacêutica S. A., lançará dentro em pouco no mercado nacional de medicamentos, sua mais recente contribuição à moderna terapêutica.

Referimo-nos ao **Piraplex** que, certamente, será medicamento de alta eficiência no vasto campo de sua alçada.

PIRAPLEX será apresentado sob a forma de comprimidos e injetável em ampolas de 2 cc.

O PIRAPLEX comprimidos é constituído pela associação do 1-benzil-2,3-dimetil-4 dimetilamino-5 pirazolona ou seja a benzilaminofenazona, na dose de 0,250 g e Vitamina B₁ (Cloridrato de Aneurina), na dose de 0,030 g. também por comprimido.

PIRAPLEX injetável é constituído, também, pelos dois sais acima referidos, sendo que, esta última forma conterá 0,12 g de Benzilaminofenazona e 0,10 g de Vitamina B₁, por ampola de 2 cc.

As indicações do PIRAPLEX são, como foi dito, vastas e abrangem extenso campo da medicina. Destacamos, principalmente, seu valor como *analgésico*, antipirético, anti-reumático, anti-nevrálgico e anti-exsudativo.

Sob o aspecto farmacodinâmico do medicamento, diremos que: Como analgésico a ação do PIRAPLEX se faz sentir pela atuação da benzilaminofenazona que tem efeito central e periférico. O primeiro desses efeitos efetua-se no tálamo do limiar da sensibilidade à dor, sem diminuir, porém, a atividade mental. O segundo efeito, isto é, o periférico, realiza-se pela remoção dos produtos do metabolismo, dos focos inflamatórios e pela prevenção dos fenômenos de exsudação. A Vitamina B₁ em doses altas possui efeito analgésico e vasodilatador.

No pré e pós-operatório na cirurgia geral, especialmente na tonsilectomia e nas dores pós-traumáticas. O efeito dos anestésicos e

“NOTAS DE FITOTERAPIA”

Catálogo de plantas utilizadas em Medicina e Farmácia. Dados principais: origem, sinonímia, parte usada, principais caracteres e constituintes químicos, usos farmaco-terapêuticos, formas farmacêuticas habituais, posologia, preparações extemporâneas obtidas de extrato fluido, etc. Seguido de memento terapêutico e índice poliglota.

1.^a edição — 1942 (esgotada).

FARMCO. RAUL COIMBRA

2.^a edição (revista e aumentada) 1958 — pelo

PROF. FARMCO. E. DINIZ DA SILVA,

(Catedrático de Farmácia Galênica da Faculdade Nacional de Farmácia da Universidade do Brasil e Catedrático de Farmacognosia da Faculdade de Farm. e Odontologia do Estado do Rio)

432 páginas * Preço: Cr\$ 400,00



Edição do

LABORATÓRIO CLÍNICO SILVA ARAÚJO S. A.

Caixa postal, 163. End. Telegr. “BIOLABO” — Rio de Janeiro.

Em São Paulo pedidos a nossa filial à Rua Teixeira Leite, 292

narcóticos aumenta consideravelmente a necessidade do organismo em Vitamina B₁.

Fizemos pois, pelo exposto, a cabal indicação do PIRAPLEX na enxaqueca, otite média, sinusite, abscessos; cólicas biliares e renais, tumores, crises de tabes, lumbago, torcicolo, doenças ortopédicas; neurite isquêmica, úlcera varicosa, tromboangeite obliterante, trombose, angina do peito, dores dentárias, antes e depois das intervenções odontológicas, alveolite seca e osteomielite.

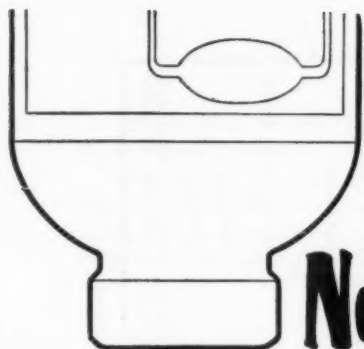
Como anti-pirético o PIRAPLEX diminui a formação do calor pela ação da benzilaminofenazona sobre o centro térmico patologicamente excitado e ainda elimina o calor pela dilatação dos capilares cutâneos. Durante a febre é maior a necessidade de vitamina B₁ porque o metabolismo basal aumenta de 13% por grau centígrado. Vemos, pois, a indicação clara do PIRAPLEX em todos os processos febris (tuberculose, febre tifoide, sarampo, escarlatina, etc.). Aplica-se, nesses casos, de preferência o PIRAPLEX sob a forma de comprimidos.

Como anti-reumático — É formal a indicação do PIRAPLEX em todas as formas reumáticas em virtude de suas propriedades acima referidas e devido ao efeito antiflogístico da benzilaminofenazona. Temos, então, que é valiosa a ação do PIRAPLEX na artrite, gota e diátese úrica e em todos os demais estados reumáticos, independente de fases ou localizações. Na gota e diátese úrica, a Vitamina B₁ determina a diminuição dos nucleotídeos e do ácido úrico no sangue dos doentes, suprimindo, também, dores, edemas e rubefação.

Como anti-neurítico e anti-nevrálgico — Devido ao efeito específico da vitamina B₁, e à ação anti-nevrálgica imediata da benzilaminofenazona. Os casos de etiologia inflamatória são, além disto, influenciados favoravelmente pelo efeito anti-flogístico da benzilaminofenazona.

Dêste modo, temos a indicação formal do PIRAPLEX nas neurites, polineurite, nevralgias de qualquer etiologia e localização; ciática, nevralgia do trigêmeo, herpes zoster, dores consequentes à neurite em leprosos, etc.

Como anti-exsudativo — A ação impermeabilizadora da benzilaminofenazona sobre a parede capilar e o efeito preventivo do choque exercido pela Vitamina B₁ são aproveitados nos seguintes casos: grandes queimaduras (o PIRAPLEX administrado via venosa alivia a dor sem deprimir, diminui a secreção da superfície queimada e a absorção das substâncias tóxicas da degradação da proteína). Aplicando via venosa antes da raquianestesia, o PIRAPLEX previne os distúrbios circulatórios e as consequentes cefaléias. Indicado também proveitosamente nas transfusões de sangue e nos pacientes traumatizados.



BAXTER

V-14

Novo

**equipamento
para administração
parenteral**

— máxima garantia de qualidade !

Para ser usado uma única vez, o Equipamento para Administração Parenteral Baxter V14 é absolutamente:

- ★ Higiénico
- ★ Inviolável
- ★ Estéril
- ★ Apirogênico
- ★ Econômico

Não permita reações pirogênicas em seus pacientes. Use exclusivamente os Equipamentos Baxter V14 - absoluta proteção contra qualquer contato com o meio externo.

Para administração de sangue, use o Equipamento Baxter V18 - o mesmo equipamento com filtro de nylon.

Fabricado no Brasil por:

INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.

Matriz: Rio de Janeiro - Rua Real Grandeza, 293 - Telef.: 46-8050 - Cx. Postal 3.705 - End. Teleg.: "Picot",
Laboratórios: Duque de Caxias (RJ) — Rua Campos, 543

Filial: São Paulo - Rua Ruy Barbosa, 168 - 170 - Telef.: 32-9626 - Enderêço Telegráfico: "Baxter"

Por uma deferência especial, fui escolhido pela Hoechst do Brasil — Química e Farmacêutica S. A., para fazer uso pela primeira vez no Brasil, do seu valioso produto Piraplex, que muito vem enriquecer a farmácia brasileira na terapêutica da dor. Este produto não apresenta fenômeno doloroso no ato da aplicação. A duração do seu efeito é em média de 8 horas, variável com a superfície corporal e o estado do doente. Foram feitas experiências com os seguintes doentes portadores dos respectivos estados mórbidos:

Nome	Matr.	Idade	Côr	Estado Civil	Sexo	Profiss.	Nacion.	Resultado	Entrada	Saída	Diagnóstico	Operação
M.E.S.	10952	56	Branca	Viúva	Fem.	Domést.	Brasil.	Óbito	15-11-58	13-12-58	Metastase de Ca do esôfago	Cura de eventração
E.B.S.	10938	52	Branca	Casada	Fem.	Domést.	Brasil.	Curada	8-10-58	12-11-58	Eventração	Laparotomia exploradora
A.P.S.	10999	28	Preta	Casada	Fem.	Domést.	Brasil.	Melhor.	17-11-58	25-11-58	Úlcera Duodenal	Tiroidectomia sub-total - Hernioplastia umbilical
J.C.B.	11025	48	Parda	Casada	Fem.	Domést.	Brasil.	Melhor.	3-12-58	18-12-58	Bócio Atóxico — Hérnia Umbilical — Ruptura perineal	Perineorrafia
M.C.R.	10941	52	Parda	Casada	Masc.	Barbeiro	Brasil.	Melhor.	8-10-58	14-11-58	Neoplasia Gástrica	Gastro jejunosomia pré-cólica vertical anastomose jejuno jejunal
J.A.A.	10831	27	Branca	Solt.	Masc.	Comérc.	Portug.	Óbito	28-5-58	7-11-58	Ca. do Reto	Amputação abdome perineal
O.E.M.	10732 5080	31	Parda	Solt.	Masc.	Alfaiat.	Brasil.	Melhor.	17-12-57		Retite estenosante — Linfogranulomatose-Venérea (Nicola Farro)	Anus ilíaco permanente
G.L.V.	10886	46	Branca	Casada	Fem.	Domést.	Portug.	Melhor.	16-7-58	27-2-59	Ca. da Mama	Ooforectomia bi-lateral enxerto — apendicectomia
G.R.L.	10840	25	Parda	Casada	Fem.	Domést.	Brasil.	Melhor.	30-6-58	6-2-59	Fistula esôfago brônquica e esôfago - traquel - encarceramento pulmonar	Fistulectomia
M.A.S.	10972	25	Branca	Solt.	Fem.	Domést.	Brasil.	Melhor.	29-10-58	—	Hipertensão Porta	Epienectomia — Ligação Porto cava
G.O.B.	—	—	Branca	Solt.	Masc.	—	Brasil.	Curado	6-1-59	—	Fimose	Postectomia
M.S.R.	11049	15	Branca	Solt.	Fem.	Domést.	Brasil.	Curada	21-1-59	—	Apendicite crônica	Apendicectomia
U.J.	11052	—	Branca	Casada	Fem.	Domést.	Portug.	Curada	21-1-59	29-5-59	Presença de corpo estranho (agulha) há 17 anos na região	Extração de corpo estranho (3 fragmentos de agulha)

Sendo o que me oferecia a respeito, subcrevo-me,

Dr. Monteiro Lobato Fraga

Ass. Prof. Jorge de Moraes Gray

Hospital: Moncorvo Filho

PIRAPLEX é de excelente tolerância local ou geral e pode ser dado simultaneamente com sulfamidas e antibióticos.

Depois de ser usado experimentalmente e constatada a sua eficiência e tolerância na vigésima Enfermaria da Santa Casa, foi o PIRAPLEX usado no Serviço de Cirurgia Geral do Prof. Xavier Lopes (Vigésima terceira Enfermaria da Santa Casa, esperando-se para breve a publicação de um trabalho daquele eminente cirurgião sobre suas observações com o produto.

Finalmente, no quadro da página anterior, estão condensadas as primeiras observações clínicas feitas com o PIRAPLEX pelo Dr. João Monteiro Lobato Fraga, Assistente do Serviço de Cirurgia do Prof. Jorge Moraes Gray, no Hospital Moncorvo Filho — Distrito Federal.

De acôrdo,

a) *João Monteiro Lobato Fraga*

11/2/60

STRYCHNANEURIN B₁₂

(VITAMINA B₁₂+VITAMINA B₁+SULFATO DE ESTRICNINA)

Tônico neuro-muscular por excelência

Strychnaneurin B₁₂ 50 mcg

(1 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

Strychnaneurin B₁₂ 100 mcg

(2 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

Strychnaneurin B₁₂ 500 ou 1.000 mcg

(2 mg Sulfato de estricnina + 100 mg Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

★

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

LABORATÓRIO NOVOTHERAPICA S. A.

Rua Pedroso de Moraes, 1157 — Fone 80-2171 — São Paulo

Higiene mental(*)

O médico como elemento primordial na Campanha do Ano da Higiene mental. — Implicados que estamos na saúde dos pacientes que nos procuram e, conseqüentemente, implicados no bem-estar da cidade onde exercemos nossas atividades profissionais, não podemos, quaisquer que sejam nossas especialidades, ficar alheios aos problemas de Higiene Mental em seus aspectos atuais.

E, para os médicos que vivem nessa cidade, o interesse por esse problema é ainda mais acentuado que em outros lugares, pois Volta Redonda além de representar um núcleo em fase de sedimentação, representa um grande centro industrial, onde estão presentes inúmeras causas que levam o homem ao desajustamento, que pode se agravar, chegando a neurose ou a psicose, caso não haja uma boa higiene mental.

Até há bem pouco tempo, a higiene mental não havia recebido a devida atenção no ensino superior, mas algumas escolas de medicina, não só do estrangeiro como as nacionais, estão incluindo cursos de higiene no currículo normal. Na Universidade de Harvard, a escola de direito inclui a higiene mental no seu programa.

A fim de permitir uma apreciação mais profunda dos múltiplos aspectos da saúde mental num mundo que evolui muito rapidamente, a Federação Mundial de Higiene Mental estabeleceu "O ano de Higiene Mental", que é iniciado no dia Mundial da Saúde, 7 de abril de 1959, e se estenderá até outubro de 1960.

Foram programados cinco campos de pesquisas, para os quais deverão contribuir quarenta países filiados à Federação Mundial de Higiene Mental.

Os cinco campos são os seguintes:

- 1) A criança e a família num mundo em evolução.
- 2) Causas e incidências das enfermidades mentais em diferentes países.

- 3) O ensino dos princípios de higiene mental.

- 4) A higiene mental e os aspectos sociais da evolução industrial.

- 5) Os problemas psicológicos da migração.

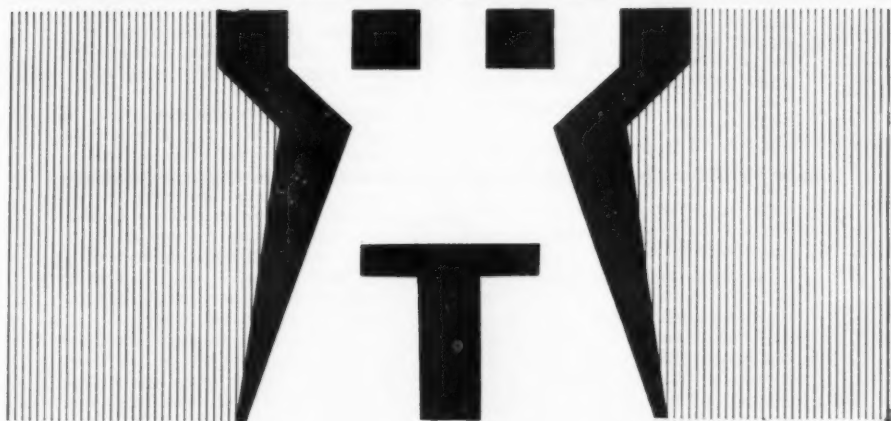
Mesmo que a comissão organizadora não tenha, deliberadamente, estabelecido essa ordem dos itens, é forçoso admitir que a gradação não poderia ser compreendida de outro modo.

A criança e a família são necessariamente os pontos-chaves para qualquer estudo social.

Se bem que, no equacionamento da Higiene Mental de uma comunidade ou país, tomem parte elementos dos mais diversos campos de atividades, como sejam os criminalistas, os educadores, os policiais, os arquitetos, os industriais, os líderes trabalhistas, os sacerdotes, os antropólogos, os assistentes sociais, os estadistas, os jornalistas, os médicos, são os que se encontram na "linha de frente" e, portanto, devem exercer uma influência decisiva no sentido da melhor aplicação da higiene mental.

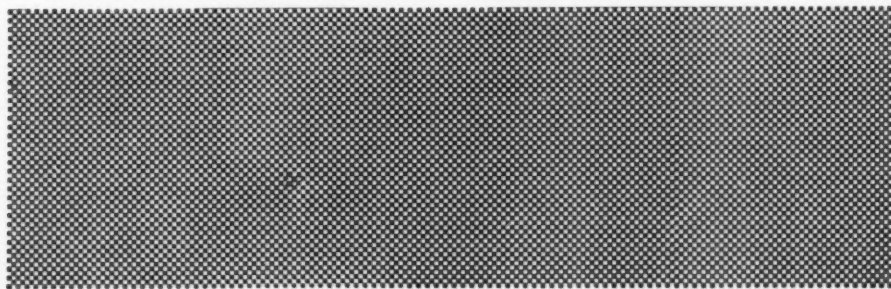
Tornou-se hábito, entre alguns médicos americanos, colocar nas receitas as iniciais T. L. C. "tender loving care", ou seja, tratamento solícito afetuoso, e este fato, num país altamente técnico e utilitário, representa uma admirável preocupação para um melhor atendimento aos pacientes que estão atormentados e cheios de receios, devido mesmo aos problemas do utilitarismo e da tecnologia. Esses problemas são universais e estão se tornando cada vez mais agudos, causando fortes abalos nas estruturas eco-

(*) Tema apresentado pelo Dr. PEDRO JAIMOVICH no Centro de Estudos Dr. Paulo Mendes no Hospital da Companhia Siderúrgica Nacional, em sessão ordinária do dia 5-9-59.



LABORATORIO

TORRES



nômico-sociais, quer dos países desenvolvidos, quer dos países subdesenvolvidos.

Na análise das enfermidades sociais, encontram-se revelações que são, sem dúvida, alarmantes.

Nos Estados Unidos um milhão e duzentos e cinquenta mil crimes são cometidos todos os anos, há 50.000 narcomanos e 17.000 pessoas se suicidam por ano.

Mantendo correlação com essas enfermidades sociais, surgem os problemas da educação infantil e da delinquência. Ainda nos Estados Unidos surgem as estatísticas que servem para alertar os demais países: 265.000 crianças entre as idades de 7 e 17 anos são levadas aos tribunais especiais todos os anos.

Em Volta Redonda, a delinquência juvenil entre as idades de 10 e 16 anos já constitui preocupação do Juizado de menores, posto que representa a incidência elevada de casos policiais.

Na Inglaterra, num grupo de 418 crianças delinquentes, 45% provinham de lares desfeitos. Nesse mesmo grupo, 25% provinham de lares que, apesar dos pais viverem juntos, predominava no lar a crueldade, a instabilidade mental, a imoralidade, a negligência e o tratamento rude.

Na Índia, de 5 a 20% dos jovens são delinquentes.

Em França, comparando um grupo de 70.000 crianças "normais" e um grupo de 839 crianças de comportamento perturbado, encontrou-se no 1.º grupo 12% provindo de lares desfeitos e, no 2.º grupo, cerca de 66%.

Em Volta Redonda, o número de desquites já é bem elevado. Há 17.000 crianças matriculadas nas escolas e 4.000 aguardando matrícula.

Nos Estados Unidos há cerca de 9 milhões de pessoas que sofrem de enfermidade mental (1:16), um milhão e meio de pessoas mentalmente deficientes (1%), e cerca de 30% de todos os pacientes que demandam os consultórios clínicos, padecem de doenças mentais, perturbação da personalidade e doenças físicas associadas com enfermidades mentais (doenças psico-somáticas).

Na Índia, cerca de 2/1.000 da população está sofrendo de perturbações mentais.

No Brasil, em 1956, foram internados 40.375 doentes mentais.

Em Volta Redonda há cerca de 800 deficientes mentais, tendo sido internados, em 1958, 50 casos de alienação mental, sendo que, possivelmente, o dobro não tenha encontrado vaga, ou não tenha procurado tratamento adequado.

Nos ambulatórios do Hospital da Companhia Siderúrgica Nacional e, quicá, nos consultórios particulares, os casos psico-somáticos atingem o índice mínimo de 50%, situando-se, neste ponto, o médico como higienista.

Freqüentemente somos solicitados a fornecer calmantes e o fazemos, na grande maioria das vezes, devido ao instante psicológico em que se encontra o paciente (preocupações financeiras, aborrecimentos de família, morte de parentes ou amigos, casamento, separação e briga temporária). Esse modo de atuar, isto é, a prescrição de calmantes e tranquilizadores observa-se em outros países.

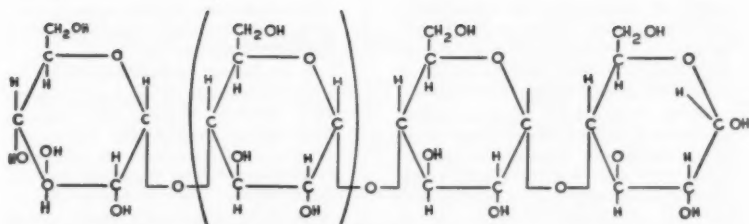
O "Medimetric Institute" de New York, comunicou que, em 1957, só nos Estados Unidos, foram consumidos 1.250.000.000 comprimidos calmantes, tendo sido aviados 36 milhões de receitas médicas para estes produtos.

Provém de tempos imemoráveis a procura pelo homem de uma fuga para as suas preocupações e contrariedades do momento. Os chineses há 5.000 anos usavam o "mah-huang" que é a efedrina intimamente relacionada com a benzedrina de uso largo na medicina moderna, através dos seus derivados.

Estão os sanitaristas e psicólogos seriamente preocupados com os calmantes modernos, pois entorpecem, amortecendo "o sentimento de responsabilidade do indivíduo, fator indispensável ao bom funcionamento da vida em sociedade" (Dr. Eduardo E. Krapf).

Sendo o médico um dos primeiros contatos com o qual o paciente entra, a fim de resolver os seus casos, cabe a esse médico sobrepor-se a influência que o próprio doente determina na prescrição dos tranquilizantes. Tor-

Para manter o equilíbrio das funções gastrintestinais



MALTOSE

DEXTRINA

uma especialidade



Nessucar

AÇÚCAR NUTRITIVO

COMPOSIÇÃO

Dextrina - 74,0%

Maltose - 20,0%

Água - 5,0%

Matérias Protéicas - 0,5%

Sais minerais - 0,5%

Calorias.....378 por 100 g

na-se realmente um pouco mais demorada a consulta, mas a autoridade do médico associada a esperança que o paciente tem em encontrar a solução das suas angústias, traduzidas por distúrbios funcionais de quase todos os órgãos, permitem que o médico oriente o paciente dentro de um programa de higiene mental.

Colaborando com esse primeiro trabalho de consultório ou ambulatório há, nos grandes centros e em alguns pequenos centros, serviços de comunidade que podem e devem ajudar o indivíduo a reencontrar sua saúde.

Numa rápida visão sobre as causas que mais freqüentemente podem levar ao desequilíbrio mental, compreende-se que, sem uma orientação sadia, sincera e humanitária, o homem angustiado procurará no álcool, no vício, numa "fuga", enfim, um alívio, um esquecimento:

Má orientação educacional na infância

Desajustamento na vida

Desnívelamento de condição social

Trauma psicológico devida a intensidade da vida, quer nas grandes cidades, quer nos grandes centros industriais "Atomismo"

Pobreza

Aflicção econômica

Insegurança financeira.

Nos Estados Unidos há 3.500.000 de alcoólatras.

No Brasil, de 1938 a 1949, segundo a Revista Brasileira de Economia, a importação de bebidas alcoólicas superou a importação de máquinas agrícolas.

De acordo com as estatísticas do Serviço Nacional de Doenças Mentais, em 1956, dos 27.113 casos novos de doenças mentais, haviam 3.297 (12, 2%) decorrentes do alcoolismo. Depois da esquizofrenia, que ocupa o primeiro lugar nas internações, o alcoolismo é a causa mais importante dessas internações.

Em Volta Redonda foram registrados, nos últimos 18 meses, 204 casos de desajustamentos familiares devido a alcoolismo.

São, portanto, necessárias medidas, a fim de realizar a prevenção do equi-

líbrio mental, ou seja, é necessário um plano de higiene mental.

De modo bem simples, indicando uma profunda experiência da natureza humana, o Dr. Shindler dos Estados Unidos divulgou, através de um livro, princípios básicos para um programa individual de higiene mental.

Assim é que o Dr. Shindler indica seis palavras que são, na verdade, a chave para essa higiene mental: coragem, determinação, resignação, amabilidade e serenidade.

É conhecido o fato em medicina que, abundância de métodos terapêuticos, indica falência dos mesmos. Não são os diagnósticos que curam os pacientes portadores de aflições e, conseqüentemente, manifestações psico-somáticas. Pode-se prever um desequilíbrio emocional e quiçá mental, através de um questionário simples organizado pelo Professor William Meninger de Kansas, USA:

Você está sempre preocupado?

Você é incapaz de concentrar-se sem que haja explicação evidente para isso?

Você se sente permanentemente infeliz, sem causa que o justifique?

Você se zanga com facilidade e freqüência?

Você sofre de insônias, regularmente?

Seu estado de espírito sofre amplas flutuações, passando da depressão à euforia, depois novamente à depressão, de forma que o deixe incapacitado para fazer qualquer coisa?

Você acha costumeiramente desagradável a companhia de outras pessoas?

Você fica transtornado quando se perturba a rotina de sua vida?

Seus filhos lhe "fazem mal" aos nervos continuamente?

Você anda "chateado" e constantemente amargo?

Você tem receios sem uma causa verdadeira?

Você está sempre certo e o outro errado?

Você sofre de numerosas dores e mal-estares, dos quais nenhum médico consegue achar uma causa física?

AMINO-CRON

— T Ó P I C O —

Succinato de sulfanilamida sódica	6,25 g
Mercurocromo	2,00 g
Glicerina	5,00 g
Água fervida	100 cm ³

*No tratamento tópico das infecções
estrepto-estafilocócicas*

AMINO-CRON

— C I R Ú R G I C O —

Sulfanilamida — Mercuro-
cromo — Alcool — Acetona.

*Uso tópico, pré-operatório —
Assepsia local*



LABORATÓRIO YATROPAN S. A.

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 290 — Telefones: 35-8485 e 35-1013

Respondendo sim a qualquer uma dessas perguntas, deve procurar a assistência especializada.

A todo médico que exerce sua clínica, quer hospitalar, quer particular, surgem pacientes cujos sintomas se enquadram entre as perguntas que o Professor Meninger agrupou, e cabe, portanto, ao médico traçar, desde o início, um programa de higiene mental para os seus pacientes. Evidentemente, o médico não é um conse-

lheiro econômico, que poderá descobrir, para os seus pacientes, o caminho do equilíbrio orçamentário, mas ele pode ajudar, de modo evidente e seguro, a reencontrar o equilíbrio emocional que é essencial para o desempenho das atividades quotidianas.

Define-se, assim, o médico como elemento primordial na Campanha do Ano de Higiene Mental promovida pela Federação Mundial de Higiene Mental.

LITERATURA MÉDICA

Separatas e folhetos recebidos

Acute Cholecystitis. — Drs. C. G. McEchern e R. E. Sullivan, A. M. A. Archives of Surgery, Vol. 78, 300-303, Fevereiro de 1959.

Conceituação e aferição de medicamentos dilatadores das artérias coronárias. — Dr. Henry I. Russek de U.S.P.H.S. Hospital, Staten Island, New York, U.S.A.

Dietética em Cirurgia. — Drs. Fernando Paulino, Sérgio Franco e Stela Albuquerque, "O Hospital", Vol. 55, 835-860, Junho de 1959.

Rotina do Banco de Sangue em um Serviço Cirúrgico. — Drs. Mauro Souza Lima e Fernando Paulino, "O Hospital", 55, 471-490, Abril de 1959.

Recordando uma homenagem célebre. — Dr. Hernâni Monteiro — "O Tripeiro", Ano XIII — n.º 10, Março de 1958.

Colangiografia per-operatória com placa intra-abdominal. (Nota prévia — experimental) Dr. A. Giesteira de Almeida, "Portugal Médico", XLII, Abril de 1958.

Modificações esqueléticas pela cortisona. — Dr. J. A. Fleming Torrinha, "Portugal Médico", XLII, Abril de 1958.

Acerca da actividade ganglioplégica parassimpática electiva do io-

deto de trietil (β — 4-estilbenoxi-etil) amónio (MG 624) — Dr. José Garrett, "Jornal do Médico", XXVI, 17-18, Maio de 1958.

Produccion de una "Cardiopatía infartoide" en el Hamster Dorado. — Dr. I. de Salcedo, "Revista Clínica Española", XIX, 15 de Janeiro de 1958.

17-Ketosteroids in experimental steatorrhoea. — Drs. Manuel P. Hargreaves, Emídio Ribeiro, M. Sobrinho-Simões e Ana-Maria Mesquita, "Portugaliae Acta Biologica", Série A, V, n.º 2, 95-99 — 1958.

Obesidad Cortico-Hipofisaria. — Dr. I. de Salcedo, "Revista Clínica Española", LXVIII, 28 de fevereiro de 1958.

Resultados preliminares do tratamento da diabete mellitus pelo P-607 ou Cloropropamida (Nota prévia) — Drs. Ignácio de Salcedo e Filomeno Borges, "Portugal Médico", XLII, Junho de 1958.

A propósito dos aspectos clínicos da doença de Hodgkin na infância. — Dr. Armando H. Tavares, "Portugal Médico", XLII, junho de 1958.

A importância da malformação de Arnold-Chiari para a interpretação patogénica da hidrocefalia na espí-

inha bífica. — Dr. Jacinto Estibeiro, "Jornal do Médico", XXXVI (804), Junho 1958.

Sobre a distrofia muscular progressiva. — Prof. A. Ferraz Júnior e Prof. Emídio Ribeiro, "O Médico", n.º 355 — 1958.

Fístula gastro-jejuno-cólica. — (Considerações terapêuticas a propósito de um caso) — Drs. A. Giesteira de Almeida, A. Barbosa e Vitor Cardoso, "O Médico", n.º 347 — 1958.

Primeiros ensaios clínicos sobre a acção carioclástica da crisóidina e dos sulforricinatos de sódio e de amónio. — Drs. Américo Pires de Lima, A. Salvador Júnior e Aureliano da Fonseca, "Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa" CXXII, n.º 4, 1958.

Fisiopatologia do peritoneu. — Dr. Joaquim Bastos, "Escola Médica" V, Janeiro-Fevereiro de 1958.

Recherches sur l'etio-pathogénie des épanchements durs. — Drs. M. Nunes da Costa e Armando H. Tavares, Serviço de Clínica Pediátrica da Faculdade de Medicina do Porto.

Esqueletização fetal, com retenção de três anos, Dra. Maria Amélia Barroca, "Tomo IX das Publicações do XXIII Congresso Luso-Espanhol", Coimbra, 1-5 de Junho de 1956.

Sobre dois casos de hemocromatose. — Dr. Daniel Serrão, "O Médico", n.º 359, 1958.

Observação de um caso de heterotopia das formações rombencefálicas. — Drs. Armando H. Tavares e Jacinto Estibeiro, "Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis" XXXII, n.º 6, 1958.

Garrett e o Porto. — Prof. Hernani Monteiro, "Boletim Cultural" da Câmara Municipal do Porto, XX, 3-4, 1958.

A posição social do investigador científico. — Dr. Nuno Rodrigues Grande, "O Médico", n.º 364, 1958.

Evolução espontânea do processo fibrilatório ventricular. — Dr. M. J. Bragança Tender, "Jornal do Médico", XXXVII, (1817), 85-92, Setembro de 1958.

Impressões duma viagem. — Dr. M. J. Bragança Tender, "O Médico", n.º 359, 360 e 361, de 1958.

RUBROMALT

*Extrato de malte
Com as Vitaminas B₁₂, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado
Aminoácidos e Minerais.*

★

INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.

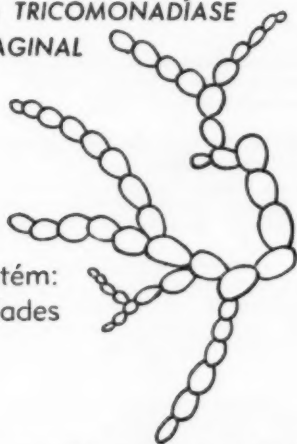
Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil



VEGEX

comprimidos vaginais de cabimicina

10 VÊZES MAIS ATIVO DO
QUE QUALQUER FUNGOSTÁTICO
ATÉ HOJE EMPREGADO.
NO TRATAMENTO DE AFECÇÕES
GINECOLÓGICAS: TRICOMONADÍASE
E CANDIDÍASE VAGINAL



FÓRMULA – Cada compr. contém:
Cabimicina 50.000 unidades

VEGEX

oferece: Facilidade de tratamento – Eficácia terapêutica
Pronto restabelecimento dos pacientes – Tolerância
perfeita.



LABORTERAPICA-BRISTOL S. A. Ind. Quím. e Farm. - R. Carlos Gomes, 924 - Sto. Amaro (S. Paulo)

Carcinomas primários do fígado (*)

(Dois casos, correspondentes às duas variedades tumorais)

Prof. CARMO LORDY

(Anatomopatologista do Sanatório São Lucas)

e

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

Prof. Carmo Lordy. — Os carcinomas primários do fígado são muito mais raros do que os secundários. Nem por isso, seu estudo deve ser descurado, porquanto em 85,4% de todos os casos, segundo Eggel, os carcinomas hepáticos primários se desenvolvem em fígados cirróticos e a cirrose hepática não é, como é sabido, uma afecção rara.

Os carcinomas primários podem-se apresentar sob duas variedades: carcinoma de células hepáticas (c. hépato-celular, c. parenquimatoso do fígado, hepatoma maligno) e carcinoma das vias biliares (c. colangiocelular, colangioma maligno). Para bem se compreender esta dupla variedade carcinomatosa, é útil uma ligeira referência a respeito do desenvolvimento da glândula hepática.

O primeiro esboço de formação do fígado nasce, em embriões humanos de 2,5 mm, da parede ventral do tubo endodérmico, no limite entre o intestino anterior e o saco vitelino. Nesse ponto, dá-se intensa proliferação de elementos endodérmicos, mais altos do que as células vizinhas, na espessura do mesentério ventral, tornado transversal (septo transversal). Dêsse modo, forma-se um espessamento bilateralmente simétrico, constituído por cordões de células, que depois de sucessivas modificações, se diferenciam em dois grupos: células hepáticas, dotadas de atividade secretora, e elementos celulares que se distribuem ao longo das ramificações da veia porta (futuros condutos biliares intra-hepáticos), destituídos de atividade secretora. Do primeiro grupo se origina o carcinoma hepato-celular e do segundo o carcinoma colangiocelular.

(*) Apresentação feita à reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 21 de maio de 1959.

Os carcinomas primários do fígado geralmente se desenvolvem em indivíduos adultos; em casos raros, até em lactentes. Na variedade hépato-celular, relativamente mais freqüente do que a outra, o desenvolvimento tumoral pode ser unicêntrico (câncer maciço de Hanot), alcançando o ponto as dimensões até de uma cabeça infantil, ou multicêntrico (câncer nodular de Hanot). É constituído por células poligonais, geralmente maiores do que as normais hepáticas, dispostas em trabéculas (fig. 1), freqüentemente limitadas por conectivo fibroso. Entre as trabéculas celulares encontram-se formações em "rosetas", isto é, pequenas cavidades, contendo às vèzes bilis, rodeadas por células tumorais. São interpretadas como capilares biliares.

Os carcinomas das vias biliares provêm das vias biliares intra-hepáticas de pequeno e grande calibre, às vèzes de capilares biliares interlobulares. Esta variedade carcinomatosa pode também apresentar um desenvolvimento multicêntrico, sobretudo nos casos de cirrose biliar. As células tumorais, (fig. 2), cilíndricas ou cúbicas, se dispõem em forma tubular, às vèzes cístico papilar (cistoma multilocular carcinomatoso). O estroma ambiente é geralmente conectivo fibroso.

Os carcinomas primários do fígado dão menor número de metástases do que os secundários. A variedade hepatocelular tende à formação de metástases intrahepáticas. Daí, a possibilidade de metástases por via arterial no mesmo fígado (veias suprahepáticas — circulação pulmonar — artéria hepática). Têm-se encontrado, nesta mesma variedade hepatocelular, metástases sòmente ósseas com produção de bilis.

A volumosa metástase desenvolvida na cauda do pâncreas do primeiro caso em estudo poderia ter-se dado por oclusão da veia porta (Kaufmann) ou por via arterial (circulação pulmonar).

Qual a procedência dos carcinomas primários do fígado? Desenvolvendo-se êsses tumores, como acima já se acentuou, numa base cirrótica, sua gênese se relaciona com muita probabilidade com os processos de hiperplasia celular observados em tais fígados. A contínua solicitação regenerativa das células acaba eventualmente determinando a produção de elementos atípicos, donde, a possibilidade de um desenvolvimento carcinomatoso. Por isso, muitos A. A. interpretam a cirrose hepática como um estado precanceroso.

Em casos outros que não cirróticos, a gênese do carcinoma primário do fígado pode ser atribuída à persistência, na espessura do órgão, de focos celulares embrionários, sem sinais de diferenciação, os quais, sob determinado estímulo, evoluem em sentido carcinomatoso.

Dr. Eurico Branco Ribeiro. — A dissertação que acaba de fazer o prof. Carmo Lordy foi sugerida pelos dois casos cuja história vamos a seguir resumir:

CASO I — B. S. F., 45 anos, sexo feminino, casada, branca, brasileira, doméstica, residente em São Paulo. Deu entrada no Sanatório São Lucas às 15,30 horas do dia 1 de março de 1955 contando ter dor no estômago desde 2 anos atrás, acompanhada de asia, náuseas e vômitos alimentares em pequena quantidade. A 3 dias evacuara escuro comparando as suas evacuações a bórra de café. No dia 28-2-55 teve vômitos escuros por várias vezes, vômitos esses também comparados a bórra de café. O estado geral era bom. A pressão arterial estava a 120×70 mmHg; o pulso a 100 por minuto, o baço era palpável a 1 dedo abaixo da reborda costal esquerda, de borda endurecida. O fígado era palpável a 3 dedos abaixo da reborda costal direita, de bordas finas, duro e doloroso.

O exame hematológico feito em 5-3-55 após transfusões de sangue revelou glóbulos brancos = 13.000; glóbulos vermelhos = 5.040.000; taxa de hemoglobina = 80%; valor globular = 0,8.

O exame de urina nada apresentava digno de nota.

Exame radiológico: — Esôfago = ausência de formações varicosas. Estômago = nada digno de referência patológica, duodeno = deformidade do bulbo.

Tratamento: transfusões de sangue; soro glicosado, vitaminas, proteínas, coagulantes. Melhorada, a paciente obteve alta a 9-3-1959.

No dia 2-2-56 procurou novamente o Serviço, citando na história recente melena, hematemesa, eructação, dor no epigástrico. Ao exame físico verificou-se à palpação profunda dor em todo o ventre, sendo mais intensa no hipocôndrio direito. Um exame hematológico revelou glóbulos brancos = 6.000; glóbulos vermelhos = 3.700.000; taxa de hemoglobina = 63%. Desvio regenerativo dos neutrófilos para a esquerda com eosinofilia. O exame da urina mostrou: células renais abundantes; alguns cristais de fosfato amoníaco-magnésiano.

Novamente voltou ao Serviço em 2-11-56 com hipotensão arterial, pulso fraco, batimentos cardíacos pouco audíveis, suores profusos, mucosas descoradas, hematemesa e melena profusas.

Tratamento de urgência: transfusões, soro soro glicosado, analépticos coagulantes. Resolveu-se então levar a paciente à mesa de cirurgia, no dia 3-11-56 com o diagnóstico principal de úlcera duodenal hemorrágica. Indicação operatória: gastrectomia. Aberto o abdômen, verificou-se a existência de úlcera na face anterior do bulbo, havendo também uma tumoração da grande curvatura do estômago ligada ao hilo do baço com 2 metástases volumosas no fígado. Havia gânglios enfartados no grande epiploon, sendo retirado um para exame anátomo-patológico. Verificou-se também a existência de veias varicosas nas paredes do estômago e no grande epiploon. O intestino delgado e o grosso continham sangue no seus interior. Foi feita a biópsia do fígado. Diante da existência de tumor no estômago com propagação para a parede posterior do ventre e invasão do fígado, não se fez a gastrectomia programada. O diagnóstico cirúrgico, então assinalado, foi: Câncer gástrico com metástase no fígado; úlcera duodenal hemorrágica. Resultado do exame anátomo-patológico fornecido em 9-11-56 pelo Prof. Carmo Lordy: Metástase no epiploon de carcinoma sólido, com tendência a se tornar gelatinoso; presença do mesmo tumor no fígado; presença de metástase ganglionar.

Em 25-2-57 a paciente novamente apresentou melena. Pelo exame físico verificou-se, então, à palpação profunda, dor no flanco e hipocôndrio direitos.

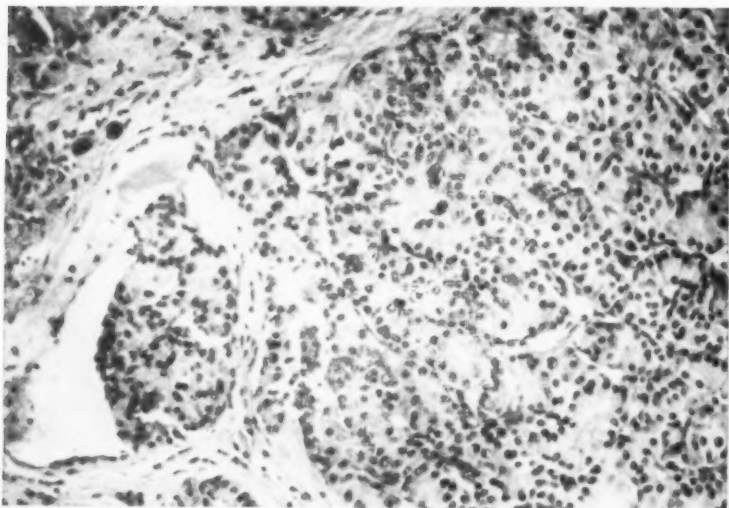


Fig. 1 — Carcinoma primário de células hepáticas.

Em 16-3-58 teve nova melena e hematemese, com dor na região epigástrica e hipocôndrio direito. Tratamento: hemostático e antiespasmódicos. Em 31-3-58 a paciente apresentou-se muito fraca, acusando vertigens. As fezes eram normais e negava nova hematemese.

Em 20-4-59 o estado geral era precário, quando novamente retornou ao Sanatório São Lucas por nova crise hemorrágica. Tinha mucosas descoradas, o pulso estava 190, fino; a frequência respiratória era 32 por minuto.

Palpava-se no abdome uma massa tumoral, dando a impressão de que fazia corpo com o fígado.

Estava com 3.500.000 de glóbulos vermelhos, 18.000 de glóbulos brancos e taxa de hemoglobina a 68%.

O exame radiográfico do estômago mostrou estreitamento com deformações do ântro pilórico do estômago por processo infiltrativo; bulbo duodenal, deformado, porém sem nicho.

O exame endoscópico, entretanto, evidenciou ausência de lesão orgânica no ântro e parte distal do corpo gástrico; hemorragia da mucosa na porção proximal do estômago em zona edemaciada, embora sem lesão orgânica evidente, (Dr. Paulo de Azevedo Antunes).

Preparada com transfusões, sôros, vitaminas, etc, a paciente foi levada a mesa de cirurgia no dia 4-5-59. Aberto o abdome foram verificadas aderências no fígado ao nível da biópsia realizada na operação anterior. Havia desaparecimento da tumoração palpada no estômago na operação anterior. Petequias na face anterior do bulbo duodenal indicavam úlcera antiga. A palpação do abdome inferior não revelou tumor; porém ao nível da cauda do pâncreas,

por trás do estômago, havia um tumor de cor embranquecida e de consistência dura; havia também um nódulo metastásico no epiploon subjacente, que foi extirpado. O fígado estava ligeiramente aumentado, havendo na face súpero-posterior do lobo direito um nódulo de consistência dura; foi também evidenciado outro nódulo no lobo esquerdo ao nível da biópsia feita anteriormente; neste ponto foi feita nova biópsia do fígado. Em virtude da existência dos tumores, resolveu-se, outra vez, não operar a úlcera.

Resultado do exame anátomo-patológico: Carcinoma primário do fígado (hepatoma ou carcinoma hepatocelular); metástase do mesmo tumor no pâncreas — Prof. Carmo Lordy. (Figura 1).

CASO II — J. V. N., sexo feminino, 76 anos de idade, viúva, brasileira, branca. Deu entrada no nosso Serviço em 29/4/1959 com a seguinte história clínica: Dôr em baixo da reborda costal direita datando de 2 meses, com crises de grande intensidade, melhorando com o repouso e o decúbito lateral direito. Vômitos em pequena quantidade. Emagrecimento de 5 quilos em 3 meses. Cefaleia, tonturas, bronquite crônica, dispnéia de esforço. Icterícia a vários anos atrás. Apresentava mucosas subictéricas. Estado geral comprometido. Pressão arterial, 140 x 80 mmHg. Pulso, 100 batimentos por minuto. Temperatura 37°C. Aparelho cárdio-vascular com abafamento de bulhas. Aparelho respiratório: pulmões com estertores de pequenas bolhas em ambas as bases. Exame do abdome: fígado aumentado de volume (4 dedos abaixo da reborda costal) estendendo-se até a região epigástrica, de bordas grossas, pouco endurecido e doloroso. Circulação colateral no abdome. Exame hematológico em 1-5-1959:



Fig. 2 — Carcinoma primário das vias biliares.

Glóbulos brancos. 11.000; glóbulos vermelhos 3.800.000, taxa de hemoglobina 65%; valor globular 0,8; leucocitose com forte desvio regenerativo para a esquerda dos neutrófilos, neutrofilia, ausência de eosinófilos com linfo e monocitose absoluta. Proteínas totais 6,3 grs%; albumina 4,35 grs%; globulina 1,5 grs%; relação A/G 3,0 grs%. Exame radiológico do fígado em 1-5-59; elevação do diafragma direito, com espessamento da trabama brônquica na base pulmonar direita; aumento de volume do fígado.

Em 30-4-59, a paciente foi levada à mesa cirúrgica pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro com o diagnóstico de câncer do fígado. Aberta a cavidade abdominal, deu-se a vazão de certa quantidade de ascite. Fígado muito aumentado de volume, palpando-se nódulos na sua face superior. Estômago de aspecto normal. Intumescimento volumoso na face inferior do fígado; ao nível da vesícula, palpa-se uma grande tumoração dura e lobulada. Foi feita uma incisão sobre a face superior do fígado com a finalidade de se praticar a biópsia ao nível de um dos nódulos palpáveis, caindo-se então, numa cavidade grande donde fluiu cerca de 150 cc de líquido claro. A exploração digital na cavidade cística mostrou paredes irregulares, mais ou menos duras. Fêz-se biópsia da lesão do fígado. Diagnóstico cirúrgico: Cistoma do fígado (neoplasia?).

Exame anátomo-patológico — 8-5-59: Fibrose intesa no meio da qual há nódulos de adenocarcinoma, com tendência a se tornar cístico (prof. Carmo Lordy) (figura 2).

Vamos apresentar alguns comentários do ponto de vista clínico sobre esses casos.

No primeiro caso, a doente (prontuário 40.594) foi por nós operada, em 1955, aqui no Sanatório São Lucas, com o diagnóstico de úlcera duodenal hemorrágica; entretanto, quando foi aberto o abdômem verificamos a existência de dois nódulos tumorais hepáticos e de uma infiltração da parede posterior do estômago aderente aos planos profundos. O caso foi, por isso considerado inoperável: apenas se fez uma biópsia.

Quatro anos depois essa enferma se nos apresenta com os mesmos sintomas hemorrágicos. O exame radiológico feito nesta ocasião mostrou o antro pilórico rijo dando a impressão de que realmente existia ali um tumor. Como a radiografia não era concludente, pedimos um exame endoscópico e a gastroscopia não revelou presença de lesão ulcerativa da mucosa, havendo nas paredes gástricas apenas uma ligeira hiperemia. Quando abrimos o abdômem da doente, encontramos sinais da úlcera duodenal, mas o estômago não tinha mais aquela infiltração grande que havíamos encontrado na primeira operação 4 anos atrás. Encontramos, sim, ao nível da cauda do pâncreas, uma tumoração que nos pareceu primitiva porque era bastante volumosa, com mais de 5 centímetros de diâmetro, e que tinha se propagado à parede posterior do estômago na primeira intervenção. Ao nível do fígado encontramos os mesmos dois nódulos tumorais, porém, diminuídos de volume. Esta evolução inesperada é que nos parece digna de menção e foi justamente um

dos motivos que nos fêz trazer o caso à discussão. Um caso de câncer datando de 4 anos, com tumores hepáticos evidentes pela verificação cirúrgica e pelo exame anatomopatológico, permitir uma sobrevivência tão longa! Ainda mais: evidência segura de regressão dos tumores, não só os do fígado, como os que comprometiam as paredes do estômago!

Tanto pelo exame endoscópico, como pela verificação durante a intervenção, ficou patente que o estômago estava indemne de lesão tumoral.

Eram estes os fatos que queríamos ressaltar, com relação ao 1.º caso.

No segundo caso, tratase de uma senhora de 76 anos de idade, que referia dores bastante intensas e com certa persistência no hipocôndrio direito; citava como fator de melhora o repouso em decúbito lateral direito, vômitos em pequena quantidade, mais pela manhã, de aspecto espumoso e claro, que não eram vômitos biliosos; emagrecera 5 kg em três meses, não relatava nem hematemeses nem melena. Apresentava-se emagrecida e à palpação encontrava-se uma tumoração tomando o hipocôndrio direito e estendendo-se principalmente para o epigástrio superior; tivera icterícia anos atrás e no momento apresentava-se subictérica. Pressão arterial 140 x 80, pulso a 100, temperatura 37.º. Nestes últimos 2 meses vinha tendo uma febrícula que não passava de 38º. O fígado estava a três dedos abaixo da reborda costal, de bordas grossas e pouco endurecidas; o exame radiológico não evidenciou a presença de cálculos.

Na operação, realizada a 30 de abril último, encontramos uma pequena quantidade de ascite na cavidade abdominal. O fígado estava muito aumentado de volume, palpando-se nódulos na sua parte superior; havia um intumescimento volumoso na face inferior do fígado, fazendo saliência na cúpula do lobo esquerdo; ao nível da vesícula palpava-se uma enorme tumoração dura e lobular. Foi feita incisão sobre a face superior do fígado, no lobo esquerdo, a fim de se fazer biópsia ao nível daquele tumor, caindo-se em uma grande cavidade, donde fluíu líquido claro. Essa formação cística correspondia ao intumescimento palpável na face inferior do fígado. Era uma cavidade que continha, pelo menos, 200 cm³ de líquido. A colocação do dedo através do orifício da biópsia mostrou que as paredes da cavidade eram irregulares e mais ou menos duras: Foi fechada a brecha da face superior do fígado com pontos cruzados de categute. Fechamento da parede abdominal.

O diagnóstico foi de câncer primitivo do fígado, porquanto não se encontrou nada no aparelho digestivo.

Tratavase, como mostrou o exame histológico, de um caso de forma cística do câncer primitivo do fígado.

*nova contribuição notável
para o arsenal dos
antibacterianos*

MADRIBON "Roche"

2,4-dimetoxi-6-sulfanilamido-1,3-diazina

sulfamida
de largo espectro
de ação prolongada
(1 só dose por dia)
de ação segura
de tolerância excelente

comprimidos
a 500 mg
vidros de 10 e de 50

gôtas de suspensão
a 20% (200 mg/cm³)
frasco de 10 cm³



**PRODUTOS ROCHE,
QUÍMICOS E FARMACÊUTICOS S.A.**
Rua Morais e Silva, 30 — Rio de Janeiro, Brasil

A amputação de Gritti (*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

Nessa última semana tivemos a oportunidade de realizar no Sanatório São Lucas uma amputação de coxa pelo método de Gritti. Tratava-se de um caso de gangrena diabética sem quaisquer características especiais. Era um caso comum, em que se havia tentado um certo número de tratamentos, todos eles não tendo dado, como em geral acontece, os resultados desejados, levando os médicos assistentes a indicar a amputação. Entre as medicações experimentadas nesse caso, ensaiou-se a aplicação de oxigênio por via arterial, parecendo, inicialmente, que algum resultado se poderia colher. Tratava-se de uma paciente já bastante idosa, que apresentava uma ulceração no terço inferior da perna esquerda. A ferida tornou-se mais viva, mais avermelhada, a progressão da sua extensão parecia ter sido limitada e chegou-se mesmo a experimentar um enxerto cutâneo. Era uma ulceração já bastante extensa, com uma área de mais de 8 x 10 cm. Entretanto, enquanto os brotos do enxerto de Brown iam vagarosamente progredindo, como é a regra, verificou-se que nos pequeno e grande artelhos dêsse mesmo lado se estabelecia a mumificação em decorrência da falta de circulação. Vários testes foram feitos pelo nosso clínico Dr. Paulo Rebocho, chegando-se, ao final, à conclusão de que nem mesmo uma simpaticectomia lombar poderia trazer benefícios nesse caso. Ora, assim sendo, teve-se que pensar numa amputação.

A amputação de um membro apresenta problemas vários, e entre eles devemos salientar o problema psíquico, o preparo psicológico do doente, porque, de regra, nenhum doente aceita, à primeira apresentação, a sugestão de que se lhe retire um dos seus membros; a norma é o doente mostrar-se aborrecido com essa indicação, recusá-la à primeira vista e só mesmo o sofrimento reiterado é que vai fazer com que ele permita a ação do cirurgião. Foi justamente o que aconteceu neste caso. Depois de 2 meses de internação, sofrendo diariamente as dores decorrentes de sua deficiência circulatória, foi que a doente nos deu permissão para fazer amputação da sua perna.

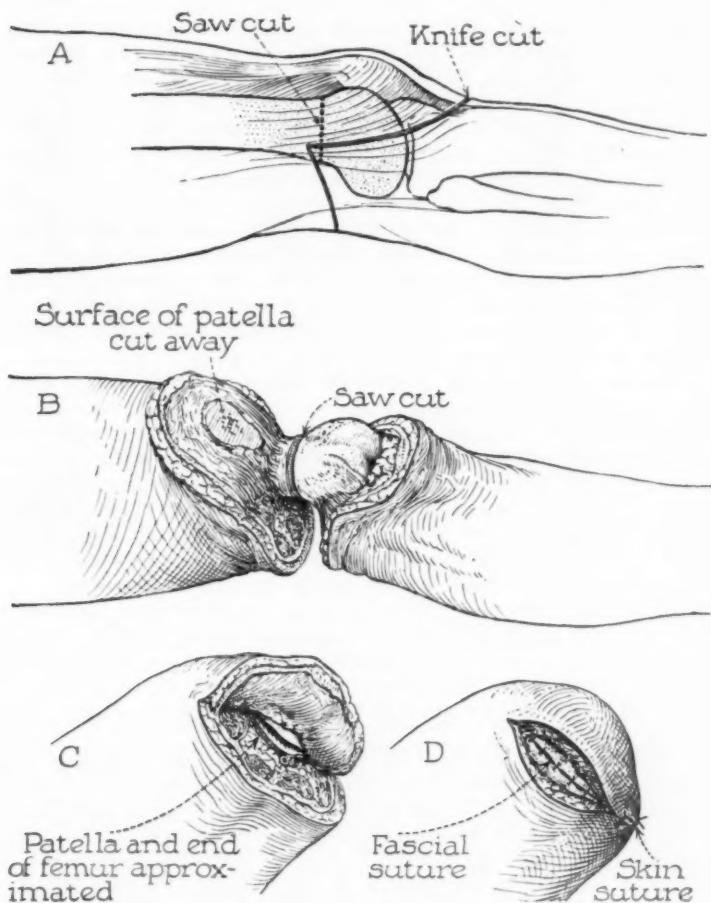
(*) Trabalho apresentado à Reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 26/9/1957.

Embora o médico muitas vezes procure mostrar as conveniências de uma amputação, inclusive aquela de lhe retirar de pronto o sofrimento e de haver a possibilidade de uma prótese perfeita, que dá a impressão de que a perna do indivíduo não foi amputada, mesmo assim é difícil convencer o doente das vantagens da amputação e só o tempo é que o demove do propósito de conservar a perna.

Naturalmente que a cirurgia deve ser conservadora e então surge outro problema: onde fazer a amputação? A experiência vem demonstrando que nesses casos de deficiência circulatória do membro inferior, o nível ideal para a amputação — ideal sob o ponto de vista prático — é o joelho. As amputações do terço superior da perna nem sempre permitem uma prótese muito segura, muito firme, quase sempre sujeita a complicações; parece que, hoje, o acôrdo é geral, em que a amputação ao nível do joelho seja a melhor aplicável.

Ora, no caso presente, usamos a técnica Gritti, que temos aplicado aqui no Sanatório São Lucas desde muitos anos e à qual temos dado preferência em virtude dos resultados magníficos que temos observados. Esses resultados podem ser sintetizados dizendo que o decurso posoperatório é muito menor do que em geral se obtém com qualquer outro processo, as dores do côto em geral são muito menores e às vezes até inexistentes, a estadia no hospital também se torna muito menor, o problema econômico do enfermo ou da instituição que o suporta é melhor atendido e ainda há a possibilidade de se fazer uma prótese muito mais precocemente do que aquela que se costuma quando se aplicam outros tipos de amputação. Diante dessas vantagens, temos dado preferência à amputação à Gritti.

Pois bem, é por isso que damos preferência a um tipo de amputação que data de 100 anos de idade. Será que a técnica de aperfeiçoamento da ortopedia não permitiu que outro processo, melhor do que esse, fôsse apresentado até hoje? Realmente, muito autores tem sugerido processos com detalhes um pouco diferentes daquele apresentado por Gritti, mas todos eles em geral se fundam nos mesmos princípios que orientaram a técnica de Gritti. Na realidade, parece que até hoje não apareceu um processo que fôsse melhor que o Gritti, embora vejamos que no Year Book of General Surgery de 1938 (pág. 670), o seu editor, que era o grande vulto da Medicina americana Evarts A. Graham, falecido recentemente, tenha lançado esta pergunta curiosa: "Há algum cirurgião que hoje faça a amputação de Gritti?" Isso nos faria pensar que nos Estados Unidos essa técnica não fôsse usada. Entretanto, os livros americanos, tratados que descrevem operações de amputação de perna ao nível do joelho, assinalam a técnica que denominam de Gritti-Stokes. É uma curiosidade da literatura médica americana, porquanto a diferença do processo apresentado por Stokes, aproveitando-se da orientação de Gritti, é justa e unicamente a de que a amputação é feita 2,5 cm mais acima do que a proposta por Gritti, o fêmur é serrado 2,5 cm acima daquele ponto onde Gritti indicava a sua



Figuras mostrando a técnica da amputação à Gritti-Stokes, segundo J. Homans
 ("A Textbook of Surgery", 1936, pág. 1167)

amputação e só por isso os autores americanos associaram o nome de Stokes ao de Gritti. Nos Estados Unidos, em geral se seguem religiosamente as descrições operatórias; ali todos os detalhes do que se deve fazer são apontados com os mínimos pormenores e executa-se exatamente aquilo que está descrito, de sorte que o americano tem a idéia de executar exatamente as descrições feitas e é por isso, sem dúvida, que se associou o nome de Stokes à técnica de Gritti.

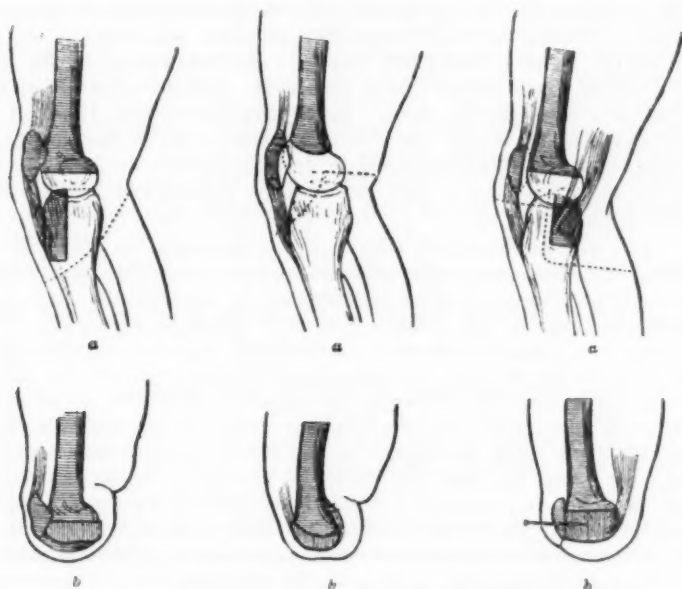
A técnica de Gritti, conforme dissemos a pouco, é uma técnica secular. Gritti depois de fazer estudos anatômicos sobre a articulação do joelho e sobre a região onde se pensava ser mais propícia para o nível de amputação, imaginou uma técnica osteoplástica, na qual utilizava a rótula para servir de anteparo ou de tamponamento à extremidade inferior do fêmur. Isso foi justamente no ano de 1857, a precisamente 100 anos atrás. Para propor a sua técnica Gritti foi inspirado nos trabalhos de Pirogoff, que alguns anos antes, em 1852, havia proposto uma técnica para a desarticulação do pé, aproveitando uma parte do osso calcâneo para ser colocada de encontro à extremidade inferior da tibia e assim estabelecer um tacão que permitisse a deambulação do amputado sem maiores moléstias. Inspirado em Pirogoff, Gritti propôs a sua técnica osteoplástica, lançando mão da rótula para ser colocada de encontro à extremidade inferior do fêmur ligeiramente amputado.

Rocco Gritti, era um médico de Milão. Trabalhava no Ospedale Maggiore daquela cidade e não foi ele quem executou primeiro a sua técnica. Ele a havia proposto e descrito depois dos seus estudos anatômicos e quem a fez pela primeira vez foi o seu professor Schuh, que tinha sido seu mestre na Universidade de Viena, onde se formara, e que nessa ocasião já não morava mais em Viena, mas em Neudörfer e ali foi que se executou pela primeira vez uma amputação à Gritti. Essa amputação foi bem sucedida, espalhou-se por toda a Europa e mereceu a consagração que ainda hoje tem.

O trabalho em que Gritti fez a sua propositura é datado de 1857, e tem o título "Dell'amputazione del femore e della desarticulazione del ginocchio coll' indicazione di un nuovo metodo denominato: amputazione del femore ai condili con lembo patellare". Foi assim que Gritti em uma monografia lançou a sua técnica hoje secular.

Mas tomando vulto e merecendo o apoio dos cirurgiões da época, ela veio também despertar modificações de técnica, como acontece em geral com os métodos novos que vão sendo experimentados; mas, apesar de inúmeras modificações propostas, resistiu centenariamente a todas as inovações. Isso acontece freqüentemente e nós temos visto na nossa técnica da tunelização da varicocele que, tornando-se divulgada, tem merecido modificações de vários autores, mas quase todos estão abandonando as modificações para voltarem à técnica primitiva. Ainda a pouco em Buenos Aires tivemos ocasião de ouvir que a modificação proposta à nossa técnica por Francisco Nocito já tinha sido abandonada, conforme, aliás, é próprio declarava em uma das reuniões da Sociedade Argentina de Cirurgiões. Ele havia proposto fazer a tunelização à custa de um retalho cutâneo e verificou que esse processo, tal como acontece na reparação das hérnias, é capaz de produzir perturbações posteriores bastante molestas.

Assim também quanto à técnica de Gritti, vieram surgindo muitas modificações. Já em 1865 Ried havia proposto a ressecção dos



Figuras mostrando em "a" e "b" as desarticulações segundo Szabanejeff, Kocher e Abrashanow, seguindo O. Kléins Chmidt (*"Operazioni Chirurgiche"*, ed. italiana, 1937, pág. 353).

condilos um pouquinho mais alta do que havia descrito Gritti, que propusera uma ressecção muito econômica dos côtos por um motivo muito razoável: queria o adoçamento firme e imediato da rótula sôbre os condilos, então era necessário, que apenas se ressecasse uma parte dos condilos; ressecava geralmente $2/3$ dos condilos, para que a rótula se colocasse naturalmente sôbre êsses condilos. Mas verificaram os primeiros que fizeram essa operação que a ação dos quadriceps muitas vêzes retirava a rótula do seu lugar, porque a contração do músculo retraía a rótula e ela se deslocava e perdia então seu efeito protetor. Então foi que Ried em 1865 e Melchiori em 1866 propuseram, cada um de per si, que a amputação fôsse feita um pouco mais alta. Ora, isso coincide exatamente com o que Stokes recentemente propôs e mereceu dos americanos associarem o seu nome ao processo de Gritti. Em 1885 Harmsen acentuou muito bem, ao propor que se fizesse uma amputação mais alta, que o que se desejava evitar era que o quadriceps deslocasse a rótula para a frente. Em 1896 Koch pela mesma razão conservava os ligamentos laterais da rótula, quer dizer: as asas da rótula, a fim de que fôsem suturadas ao periosto para manterem mais firme a rótula no seu novo leito. Para a mesma finalidade, a fixação da rótula, Bruns aconselhou

que se fizesse a fixação percutânea da rótula; empregando material inabsorvível. Outros autores aconselharam fazer um pequeno orifício na rótula e por aí introduzir um pino de marfim ou fio de aço, de maneira que a rótula não se deslocasse. Kocher ideou outro sistema para a fixação da rótula: ideou um processo em que se fazia a amputação do fêmur não de uma maneira plana, mas côncava, para que se ajustasse exatamente à superfície profunda ou posterior da rótula e então ela com muito mais dificuldade poderia ser deslocada.

Isso são modificações relativamente pequenas ao processo de Gritti; mas há autores que aproveitando a mesma idéia do retalho osteoplástico lançaram mão da extremidade superior da tibia para fazer a sua osteoplastia. Entre êsses está Ssabanejeff, que, em 1890, aproveitava a face anterior da extremidade superior da tibia para ser colocada de encontro à extremidade inferior ressecada do fêmur e mais tarde, em 1898, Abrashanow propunha uma coisa semelhante, lançando mão, entretanto, da porção posterior da extremidade superior da tibia. Mais recentemente, em 1935 e num trabalho publicado no *Jornal da Associação Médica Americana*, Callender propôs que, ao invés de conservar a rótula e colocá-la de encontro à extremidade inferior do fêmur ressecado, se fizesse a extirpação da rótula do seu leito e fôsse colocada contra a extremidade inferior do fêmur apenas o leito rotuliano. Com o tendão rotuliano, que êle denomina de leito da rótula, que é uma formação anatômica também bastante tensa e resistente, capaz de suportar o peso do corpo, êle consegue uma prótese muito satisfatória. O processo de Callender é bastante divulgado, principalmente entre os norte-americanos e mesmo aqui entre nós. No livro de Vasconcelos sobre amputações, está apontada como sendo a melhor técnica para a amputação ao nível do joelho. Entretanto é lógico, pensa-se que se aproveitamos a rótula, que é uma formação muito mais dura, muito mais firme, devemos ter um coto em melhores condições para a prótese. E é por isso que o processo de Gritti está subsistindo nos dias atuais como se pode verificar através da literatura, onde há referência recentes de Perez Fontana, (1956) de Montevideu, e de vários autores franceses (Duban, Rouhier, Ferey) que trataram da desarticulação na *Academia de Cirurgia de Paris* (1957), fazendo as mais elogiosas referências ao processo de Gritti.

As vantagens inegáveis que o Gritti apresenta podem ser resumidas assim: a conservação da ação dos quadriceps, permitindo livre movimentação da coxa, de maneira que o doente com a sua prótese pode simular perfeitamente a inexistência de uma amputação; bom suporte para a prótese, como já acentuamos; execução técnica muito fácil, tanto que pode ser usada em qualquer meio cirúrgico; técnica não traumatizante; desnecessário o uso do garrote, que, como sabemos, nos casos de moléstias do membro inferior, tem sem dúvida, as suas contraindicações.

Um pormenor queríamos finalmente acentuar com relação a esta intervenção: tanto na técnica inicial de Gritti, como nas demais técnicas apontadas para a desarticulação do joelho, usam-se geralmente dois retalhos, sendo um anterior, um pouco maior, e um menor, posterior. Entretanto, seguindo o conselho de Marion, que tem um excelente Manual de Técnica Cirúrgica, apontando as técnicas mais aconselháveis e não fazendo comparações entre umas e outras, temos usado com resultados muito satisfatórios a incisão oblíqua de cima para baixo e de trás para diante, a qual é perfeitamente aceitável.

Sanatório São Lucas

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

DIRETOR: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

★

*Peça informações sobre o "Estágio de aperfeiçoamento"
mantido pelo Sanatório São Lucas*

★

Rua Pirapitingui, 80 — Tel 36-8181 — SÃO PAULO

NOROCOLINA

Vaso-dilatador coronariano e diurético

FÓRMULA:

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

MODO DE USAR:

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.

★

LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487

UMA ÚNICA INJEÇÃO MENSAL DE
HEXAHIDROBENZOATO DE ESTRADIOL
PERMITE OBTER IMPREGNAÇÃO ES-
TROGÊNICA DURANTE TRÊS SEMANAS

Benzo-Gynoestryl A. P.

5 mg

Hexahidrobobenzoato de estradiol em solução oleosa

Síndromes hipofoliculínicas:

Amenorréia primária

Amenorréia secundária hipofoliculínica

Dismenorréia com hipofoliculinia

Menopausa, castração.

•
Caixas com 1 e 50 ampolas de 1 cm³

•
USO INTRAMUSCULAR
•

LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO



BENAP F-2

A respeito de um caso de granuloma maligno de Hodgkin (*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

e

Prof. CARMO LORDY

(Anatomopatologista do Sanatório São Lucas)

Dr. Eurico Branco Ribeiro. — Sabemos que a moléstia de Hodgkin geralmente apresenta as suas primeiras manifestações na região cervical, comprometendo os gânglios ali postados. Temos tido a felicidade de tratar com sucesso alguns casos iniciais, que estão seguindo bem já por vários anos, sem recidiva, sem reaparecimento de tumores, uma vez retirado o existente na região cervical e submetidos os pacientes a tratamento pela mostarda nitrogenada.

Apareceu-nos agora um menino de côr prêta, de 10 anos de idade, com um tumor bastante grande do lado esquerdo do pescoço. Era um tumor bilobado e podia-se distinguir perfeitamente bem 2 gânglios muito hipertrofiados, um com cerca de 10 cm. de extensão no maior diâmetro e o outro com a metade dessa medida; os tumores eram indolores e tinham aparecido à cerca de um ano e meio. Como o pequeno se achasse em estudos nesta capital, foi tratado pelos médicos do Serviço Público Escolar durante êsse ano e meio, mas, conforme conta a mãe, o tumor foi aumentando sem ter regressões. Como não incomodava, ela se descurou até agora de procurar outro recurso, mas, dado o aumento crescente do tumor, resolveu acorrer aos serviços da Caixa da Estrada de Ferros Sorocabana, onde o pai é empregado. Tratava-se de um menino de boa aparência, negro, com dez anos, longilíneo, apresentando, como única manifestação ganglionar, um tumor bilobado na região cervical esquerda, baço e fígado não estavam aumentados. Exames: Hemácias 4.500.000 por mm^3 ; leucócitos, 9.000 por mm^3 , havendo 66% de neutrófilos (6% de bastonetes e 60% de segmentados), 8% de eosinófilos, 16% de linfócitos e 10% de monócitos. Hemoglobina, 50%;

(*) Caso apresentado ao Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 27 de agosto de 1959.

valor globular, 0,55. Fezes com ovos de Tricocéfalos. Urina, com traços de albumina.

A primeira impressão que tivemos foi a de que os colegas que viram o caso pensaram tratar-se de um processo tuberculoso; do contrário não teriam mantido tanto tempo esse menino em seus serviços sem um tratamento adequado para a doença em questão. É sabido que a tuberculose afeta numa percentagem muito grande os indivíduos da raça negra e isso talvez seja o motivo porque os colegas desviaram sua atenção para um processo tuberculoso, ao invés de pensarem num processo de outra natureza, como era o caso. Para eliminar a hipótese de tuberculose, fizemos uma radiografia do tórax, que não mostrou nenhum sinal de complexo primário ou de tuberculose em evolução. Discutimos também com os nossos colegas de serviço a questão do diagnóstico, acentuando que nas adenites tuberculosas, principalmente quando elas adquirem um certo volume, o tumor tem uma consistência líquida, porque há uma fusão de tecidos necrosados, há uma caseose dos elementos ganglionares e então o que se verifica é um tumor que tem uma certa flutuação; por outro lado o tumor tuberculoso dos gânglios rompe a cápsula ganglionar e em geral produz fístulas cutâneas que se eternizam no tratamento, se a lesão toda não é removida. De sorte que esses elementos clínicos, não só a evolução longa, a falta de flutuação e a inexistência de fístula nos fizeram afastar, mesmo antes de tirar a radiografia, o diagnóstico de tuberculose, mesmo porque não havia passado tuberculoso nas pessoas da família, conforme nos informara a mãe.

Levamos então o nosso paciente à mesa cirúrgica com o diagnóstico provável de moléstia de Hodgkin. O aspecto do tumor retirado era o aspecto de Hodgkin: dois gânglios enormemente hipertrofiados com a sua cápsula conservada, lisa, brilhante; ao corte, aspecto lardáceo, compacto e firme. As peças cirúrgicas foram encaminhadas ao prof. Carmo Lordy, que confirmou o diagnóstico e que agora vai nos dar uma aula a respeito da moléstia de Hodgkin.

Prof. Carmo Lordy. — O caso clínico, que o Dr. Eurico Branco Ribeiro acaba de sucintamente relatar, deve ser capitulado de granuloma maligno de Hodgkin (como aliás já o fez o mesmo relator através do simples exame clínico), em vista dos dados fornecidos pelo respectivo quadro histológico.

Trata-se de uma moléstia muito afim da tuberculose, tendo sido por esse motivo relacionada etiologicamente com ela. Nesse sentido, alguns A.A. responsabilizaram como agente do referido granuloma o bacilo da tuberculose biologicamente modificado ou, pelo contrário, não modificado, mas determinando uma infecção tuberculosa em indivíduos em estado de imunidade especial. Outros procuraram identificar o mencionado agente com os bastonetes ácido-resistentes (Fraenkel-Much). De acordo com os conhecimentos atuais sobre

o assunto, dizem outros A.A., pode-se supôr que se trate de um agente relativamente afim do bacilo da tuberculose ou de actinomicoses. Finalmente, há outros que afirmam que tôdas as descrições feitas acêrca de possíveis agentes causadores não resistem a uma crítica severa. Acresce ainda que até agora não se conseguiu transmitir a moléstia a animais de laboratório. Contribui, entretanto, de modo especial para provar a natureza infecciosa da moléstia a observação de lesões típicas do granuloma de Hodgkin encontradas em fetos, cuja mãe padecia dêsse mal; existindo nesse caso uma infecção intrauterina.

A moléstia em geral se manifesta nas idades médias da vida, de preferência no sexo masculino. O processo se inicia sem exceção no tecido linfático (dai a denominação também empregada de linfogranulomatose maligna), a começar geralmente nos gânglios do pescoço (no princípio de um lado sômente), nos gânglios do mediastino com possível entrada do agente através das partes mais altas do tubo digestivo (cavidade bucal, anel faríngeo de Waldeyer, esôfago), nos gânglios traqueobrônquicos, nos axilares, retroperitoneais, nos mesentéricos com possível entrada do agente pela mucosa intestinal. Os gânglios atingidos aumentam de volume, apresentando-se no início com consistência mole. A superfície do corte é no começo de côr uniformemente cinzento-pálida ou cinzento-rosada. Não raramente observam-se pequenos focos mais amarelados, de contornos tortuosos, correspondentes a pequenas áreas de necrose. Não se notam hemorragias, nem fusão purulenta. Cada gânglio pode alcançar o tamanho de uma avelã e a pleiade ganglionar de uma região, as dimensões de uma cabeça de criança (no caso apresentado pelo dr. Eurico Branco Ribeiro, o gânglio maior tinha 10 cm de comprimento).

Numa fase posterior, modifica-se a consistência apresentada pelos gânglios, que se torna progressivamente mais endurecida pelo processo da fibrose que se estabelece. Com isso, vai se reduzindo o volume das formações ganglionares. Em oposição ao que se vê nos focos tuberculosos, não se observam nos granulomatosos deposições de sais calcáreos; as massas necróticas são reabsorvidas por completo, transformando-se o tecido de granulação em tecido cicatricial, freqüentemente hialinizado em seguida.

O quadro histológico do granuloma maligno se caracteriza pela variação dos tipos celulares representados, não sômente entre gânglios da mesma pléiade, como às vêzes ainda no ambiente de um só gânglio. Assim, num determinado ponto de um gânglio pode haver predominância de um tipo celular e em outro ponto, um tipo distinto daquele. Os tipos celulares que entram na composição de um foco granulomatoso são em primeiro lugar os próprios elementos linfáticos do gânglio; em seguida, fibroblastos e células reticulares. Ao lado destas últimas, porque acusam a mesma origem histocitária, vêm os gigantócitos de Sternberg, elementos dotados de abundante

citoplasma e de grande núcleo, lobulado, às vezes fragmentado em núcleos secundários, cuja morfologia é bem variável, quer na sua configuração, quer na quantidade de sua cromatina. Não foram ainda observados sinais de fagocitose.

Como tipos celulares, devem ainda ser citadas as células eosinófilas às vezes abundantes, sobretudo em tórno dos pequenos focos de necrose: além disso, células plasmáticas e raras células basófilas.

Nos casos muito recentes de desenvolvimento do granuloma de Hodgkin predominam os linfócitos e as células reticulares; ao passo que nos casos mais antigos prevalecem os processos da fibrose, em detrimento dos diversos tipos celulares.

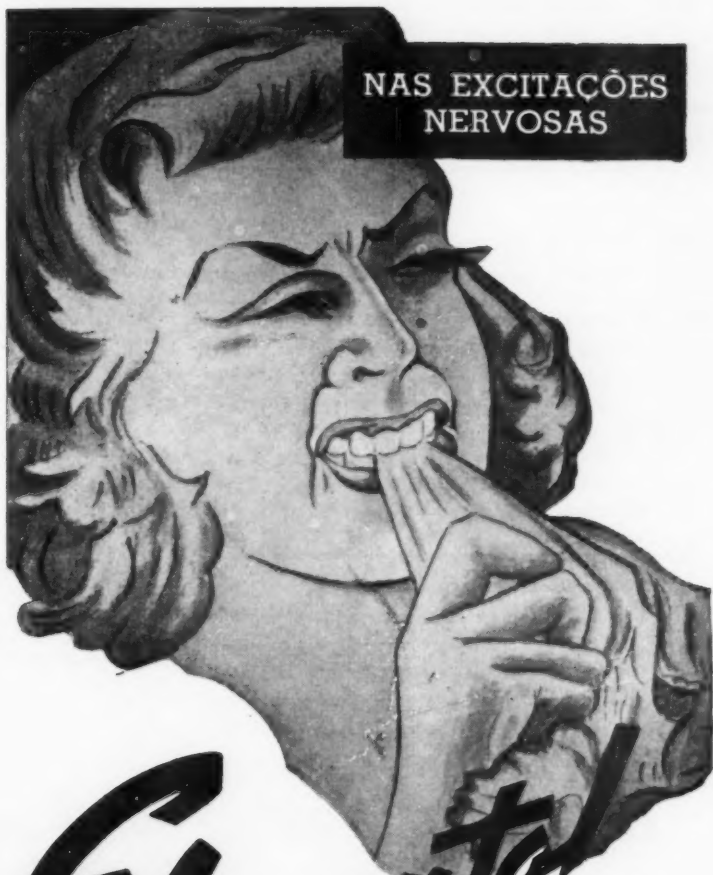
Deve ainda acrescentar-se que o granuloma maligno não se limita na sua invasão ao tecido linfático, mas se propaga dos gânglios aos órgãos vizinhos, sobretudo ao baço (baço de pórfiro ou de mortadela) e ao fígado, onde se repetem as alterações acima mencionadas. Na superfície do corte de tais órgãos se nota a alternância de manchas esbranquiçadas com outras cinzentas, amareladas ou de cor parda-centa; daí a comparação com o pórfiro. A propagação pode-se estender à medula óssea e ao periósteo, donde a possibilidade de fraturas ósseas, pode-se ampliar atingindo alguma vértebra, eventualmente ocasionando sintomas de compressão medular. Nos raros casos de desenvolvimento de focos granulomatosos no parênquima pulmonar, não se sabe se o agente ou o vírus responsável do granuloma lá chegara através dos vasos sangüíneos ou dos vasos linfáticos, via retrógrada, desde os gânglios tranqueobrônquicos.

Por último, uma referência à parte deve ser feita sobre a eventual transformação, não rara, do granuloma de Hodgkin em tecido com crescimento maligno do tipo sarcomatoso, que, no ponto de vista clínico, se reconhece pela produção de extensas destruições locais (em tórno da boca, das fossas nasais, etc.) e, no ponto de vista histológico, pelo aparecimento de numerosas figuras mitóticas e pela atipia cada vez mais acentuada de suas células e de seus núcleos.

Convencionou-se a ele a denominação de granuloma maligno sarcomatóide, porque embora produza destruições locais, não faz metástases e não tem crescimento autônomo. Ao contrário, se sobre ele se desenvolve um verdadeiro sarcoma com crescimento autônomo, então a denominação a empregar será a de granuloma maligno sarcomatoso.

PHILERGON - Fortifica de fato

Uma colherada às refeições



NAS EXCITAÇÕES
NERVOSAS

Elegantol



NEURO-SEDATIVO - ANTI-ESPASMÓDICO - ANTI-CONVULSIVANTE

Na hiper-excitabilidade reflexa — Córdio Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo Córdio Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc)

A base do CÉLEBRE LEPTOLOBIIUM ELEGANS — CRATAEGUS

OXIACANTA-BROMURETOS DE AMÔNIO, SÓDIO, POTÁSSIO, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher 15 cc 3 vezes ao dia
em água açucarada. — Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.

PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Rua Ruy Barbosa, 365 a 377 — Fones: 33-3426 - 36-8075 — S. PAULO

BIOSERINA

Que é Bioserina ?

— E' uma associação de Novocaina e extrato potencializado de órgãos.

Qual a importância e interesse da associação ?

— O extrato de órgãos por si só, é poderoso fator de melhoria das condições glandulares, nervosas e vasculares de indivíduos senis, restabelecendo a vivacidade, a disposição e elasticidade, além de possuir notável ação anti-tóxica, anti-alérgica e protetora da célula hepática.

O extrato de órgãos tem ação sinérgica e potencializadora sobre os efeitos eutróficos, revitalizantes e de recuperação orgânica apresentados pela Novocaina.

Quais os resultados do emprego de Bioserina ?

— Bioserina determina:

- a) *Desaparecimento da sintomatologia dolorosa.*
- b) *Melhora dos movimentos articulares.*
- c) *Melhora do quadro da artério-esclerose.*
- d) *Melhora das condições cárdio-circulatórias.*
- e) *Melhora das condições psíquicas.*

FÓRMULA:

Cloridrato de Novocaina 0,100 g.
Extrato potencializado de órgãos 5 ml.

INDICAÇÕES:

Profilaxia e tratamento dos transtornos de senilidade — Artério-esclerose — Hipertensão arterial — Artropatias — Caducidade — Dores e nevralgias em geral.

Um produto garantido com a marca CLIMAX



LABORATÓRIO CLIMAX S.A.

Rua Joaquim Távora, 651 - 780 — São Paulo, Brasil

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

	Cr\$
Capa externa (12 x 19 cm) por vez	7.000,00
Capa interna (12 x 19 cm) por vez	6.500,00
1 página (12 x 19 cm) por vez	6.000,00
½ página (9 x 12 cm) por vez	3.500,00
¼ página (9 x 5,5 cm) por vez	2.500,00
Encarte por vez	4.000,00

LIO PREFISOL

EXTRATO DA HIPÓFISE ANTERIOR LIOFILIZADO

Contém os hormônios elaborados pelo lobo anterior da glândula hipofisária bovina em forma liofilizada.

- * Desenvolvimento somático retardado
- * Distrofia adiposo-genital
- * Hipogonitalismo masculino da idade pré-puberal
- * Magreza hipofisária
- * Pan-hipopituitarismo
- * Caquexia hipofisária

APRESENTAÇÃO: Frasco-ampôla com 60 U.P.



OPOTERÁPICA NESPA S/A.

Rua França Pinto, 016/028 — Tel. 7-6902/7-1904

SÃO PAULO, BRASIL

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRÁULIO COMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

Se em 1941,
a "equipe de Oxford"...

tivesse produzido uma penicilina
ativa por via oral, reservar-se-ia o
uso de penicilina por via paren-
teral aos mesmos casos raros das
tetraciclina injetáveis...

A administração de penicilina por
via oral é mais prática, mais co-
moda e não oferece os perigos das
injeções de penicilina particular-
mente os da penicilina procaina...

Mas, administrada por via oral, a
penicilina precisa resistir à acidez
gástrica e à penicilinase intestinal.
Em suma, a penicilina deve alcan-
çar níveis sanguíneos elevados e
prolongados. Estes requisitos são
encontrados no

STEGCILIN,

que resolveu, enfim, o problema
da penicilinoterapia oral.

Amostras e Literaturas

LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 777 — São Paulo.

Fone : 31-3971

São Paulo Editora S. A. imprimeu.

